



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

CALIDAD DE VIDA Y OPTIMISMO EN ADULTOS MAYORES DE
LIMA Y HUARAZ

PRESENTADA POR
CLAUDIA INES GONZALEZ ZUÑIGA GODOY

ASESORA
MIRIAN GRIMALDO MUCHOTRIGO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POST GRADO

**CALIDAD DE VIDA Y OPTIMISMO EN ADULTOS MAYORES DE
LIMA Y HUARAZ**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Presentado por:

CLAUDIA INES GONZALEZ ZUÑIGA GODOY

ASESORA:

DRA. MIRIAN GRIMALDO MUCHOTRIGO

Lima, Perú

2021

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| Portada | i |
| Índice de contenidos | ii |
| Índice de tablas | iv |
| Resumen | v |
| Abstract | vi |
| Introducción | vii |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO | 9 |
| 1.1. Bases teóricas | 9 |
| 1.1.1 Calidad de vida | 9 |
| 1.1.2 Optimismo | 14 |
| 1.1.3 Optimismo y calidad de vida en el adulto mayor | 19 |
| 1.2. Evidencias Empíricas | 22 |
| 1.2.1. Antecedentes internacionales | 22 |
| 1.2.2 Antecedentes nacionales | 25 |
| 1.3. Planteamiento del problema | 26 |
| 1.3.1. Descripción de la realidad problemática | 26 |
| 1.3.2. Formulación del problema | 29 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 29 |
| 1.4.1. Objetivos generales | 29 |
| 1.4.2. Objetivos específicos | 29 |
| 1.5. Hipótesis y variables | 30 |
| 1.5.1. Formulación de la hipótesis | 30 |
| 1.5.2. Variables de estudio | 30 |
| 1.5.3. Definición operacional de las variables | 30 |

| | |
|------------------------------------|----|
| CAPÍTULO II: MÉTODO | 32 |
| 2.1 Tipo y diseño de investigación | 32 |
| 2.2 Participantes | 32 |
| 2.3 Medición | 34 |
| 2.4 Procedimiento | 45 |
| 2.5 Análisis de los datos | 46 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS | 48 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN | 57 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| RECOMENDACIONES | 62 |
| REFERENCIAS | 64 |
| ANEXOS | 73 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1 | Distribución muestral según género y ciudad de procedencia | 33 |
| Tabla 2 | Análisis de consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida (versión original) | 37 |
| Tabla 3 | Matriz factorial de la Escala de Calidad de Vida | 40 |
| Tabla 4 | Análisis de consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida (dimensiones redefinidas) | 41 |
| Tabla 5 | Estadísticos descriptivos de las dimensiones calidad de vida y optimismo | 48 |
| Tabla 6 | Análisis de normalidad de las dimensiones calidad de vida y optimismo | 48 |
| Tabla 7 | Matriz de las correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo | 49 |
| Tabla 8 | Matriz de las correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo según sexo | 51 |
| Tabla 9 | Comparación de correlaciones | 52 |
| Tabla 10 | Análisis comparativo entre las dimensiones de calidad de vida y optimismo según género | 54 |
| Tabla 11 | Análisis comparativo entre las dimensiones de calidad de vida y optimismo según centro de procedencia | 55 |

Resumen

El presente estudio examina la asociación entre calidad de vida y optimismo en adultos mayores de Lima y Huaraz. El diseño del estudio es descriptivo correlacional-comparativo. Participaron 272 adultos mayores (mujeres 51.8%) con edades de 60 a 80 años de edad ($M = 72$) provenientes de dos centros de adulto mayor (Lima y Huaraz). Se aplicó la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes versión adaptada por Grimaldo y la Escala de Orientación hacia la Vida – Revisada LOT-R. Para el análisis principal del estudio se analizó la normalidad de las variables y sus dimensiones eligiendo el uso de la correlación de Spearman y para la comparación la U de MannWithey. El optimismo se asoció con la calidad de vida, principalmente con las dimensiones de hogar y bienestar económico y vida familiar y familia extensa. No se demostraron diferencias según el género y el lugar de procedencia, se proponen recomendaciones de estudio.

Palabras clave: calidad de vida, optimismo, adultos mayores, Centro de Adulto Mayor-CAM

Abstract

This study examines the association between quality of life and optimism in older adults from Lima and Huaraz. The study design is descriptive-correlational-comparative. The participants were 272 older adults (women 51.8%) with ages between 60 to 80 years old ($M = 72$ years) from two senior centers (Lima and Huaraz). The Olson and Barnes Quality of Life Scale adapted by Grimaldo and the Life Orientation Scale - Revised LOT-R were applied. For the main analysis of the study, the normality of the variables and the dimensions was analyzed choosing the use of the Spearman correlation and for the comparison the Mann-Whitney U. Optimism was associated with quality of life, mainly with the dimension of Home and Economic Well-being and Family Life and Extended Family. No differences were demonstrated according to gender and place of origin. Study recommendations are proposed.

Key words: quality of life, optimism, older adults, senior center.

Introducción

Los adultos mayores son una población que se enfrenta a una serie de cambios físicos, emocionales y económicos; con frecuencia son considerados como una población vulnerable debido a que, en este proceso de adaptabilidad, sus necesidades de soporte, acompañamiento, bienestar, recreación, salud, entre otros, no son cubiertos por el Estado (local o nacional), la familia o el propio entorno. Esta vulnerabilidad propicia a que vivencien problemas que aquejan su bienestar.

La dificultad en la autonomía para la movilidad de los adultos mayores, las distancias que se tienen que recorrer para trasladarse, la inseguridad ciudadana que atraviesa el país, la falta de infraestructura apropiada a la movilidad y desplazamiento de los adultos mayores, entre otros problemas, hace que los mismos adultos mayores no puedan proveerse de los recursos que deberían soportar su calidad de vida.

Esta investigación pretende brindar información sobre la calidad de vida y el optimismo del adulto mayor provenientes de una ciudad de la región sierra y de una ciudad costeña de Perú. Los reportes empíricos dan sostenibilidad a estas asociaciones entre el optimismo y la calidad de vida, pero su investigación en el Perú no ha sido planteada de manera amplia, estas variables son poco abordadas en adultos mayores. El estudio también propondrá un análisis comparativo según el sexo y el lugar de procedencia. En el caso del sexo es una variable frecuente de examinación y en el caso del lugar de procedencia, es una característica sociodemográfica que regional y poblacionalmente es diferenciada en el Perú.

Además los resultados permitirán implementar programas promocionales que incluyan estrategias apropiadas a esta población, de acuerdo a las necesidades que se presenten, como por ejemplo, la recreación, espacios seguros y acondicionados para que los adultos mayores puedan compartir con otros y, así, fortalecer sus lazos emocionales y generar bienestar en ellos

mismo; implementar una red de soporte a nivel salud que permita que los servicios vayan a ellos y no necesariamente ellos movilizarse y esperar a ser atendidos.

Esta investigación en la primera sección presenta el marco teórico del estudio, sustentado teórica y empíricamente el propósito de la investigación, siendo plasmado en las hipótesis de estudio. El segundo capítulo es la metodología, en ella se incluyen los pasos previos para la operativización del estudio, esto involucra el diseño, los participantes, los instrumentos, la recolección de datos y la propuesta del análisis de la investigación. El tercer capítulo son los resultados en el cual se explican los estadísticos descriptivos y los análisis de correlación y comparación. El cuarto capítulo es la discusión de estudio, donde se interpretan los resultados obtenidos, las limitaciones y las recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas

1.1.1. Calidad de Vida

Definiciones

Los orígenes del término de calidad de vida se remontan a mucho tiempo atrás: desde Hipócrates, los utopistas del renacimiento y los higienistas sociales de la segunda mitad del siglo XIX. Ellos consideraron que la salud de las personas estaba influenciada por la calidad de vida que lograba la población, (Aranibar, 2001). Esta propuesta inicial da sostenibilidad a la calidad de vida, como un modo que tienen las personas de percibir el bienestar, felicidad y satisfacción que presentan, esto le otorga cierta capacidad para actuar y funcionar bajo una sensación positiva de su vida.

Diener (1984) busca entender la calidad de vida a través del bienestar y la define como aquella reflexión subjetiva que se hace en la medida que se haya logrado un estado de felicidad o satisfacción, es decir, tener un sentimiento de bienestar personal. Esta reflexión subjetiva se considera ligada a determinados marcadores objetivos, como pueden ser los biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. La consideración de componentes objetivos y subjetivos moldea la calidad de vida como un constructo de gran complejidad (Martínez & Calvo, 2014), es por ello que en la actualidad no cuenta con una definición integradora (Mastrantonio & Corduras, 2020).

La calidad de vida se plantea como un escenario y una reflexión o un análisis personal y social, que permite satisfacer las exigencias humanas, desde las necesidades básicas y sociales, así como aquellas que más espirituales (Perez de Cabral, 1998). Asimismo, la calidad de vida está vinculada a la estabilidad personal, emocional, intelectual, y con la dinámica cultural que el ser humano enfrenta día a día. Por ser una evaluación subjetiva y

multidimensional, también se vincula con una cálida convivencia entre las personas donde la justicia social toma un rol importante, y se toman en cuenta las oportunidades que la colectividad o comunidad les ofrece a sus integrantes (Grimaldo, 2003).

La calidad de vida depende de las expectativas de las personas y lo que vivencian (adecuadas condiciones físicas, mentales y sociales). En este punto, debe señalarse que la calidad de vida puede estar constituida por facetas de vida y dependerá de cada autor y la propuesta que presente para su comprensión. Por ejemplo, además de agregar las condiciones de vida, la parte social, la educación y la familia, algunos autores brindan primacía a la faceta espiritual, teniendo como principal elemento un juicio positivo sobre la esperanza de vida (Grimaldo, 2003; Guillén et al., 1997; Ramírez, 2000). Será por ello que Guisti (1991) afirma que la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual y ocupacional que otorga a la persona la posibilidad de satisfacer sus demandas propias y colectivas de manera correcta.

Para Ardila (2003), la calidad de vida es una propiedad de los individuos, una característica, que permite que las personas experimenten situaciones y condiciones de su ambiente, cuya interpretación y valoración depende de los aspectos objetivos del entorno. Esta definición concuerda con la propuesta de Ramírez (2000) quien asume la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo y personal; incorporando las diferentes esferas (física, social, espiritual y psicológica) en relación a la salud y la satisfacción de su bienestar personal.

Entre las diversas definiciones, se puede tomar como referencia actual la propuesta por Grimaldo (2003), quien afirma que la calidad de vida es el resultado de la interacción entre la realidad o entorno objetivo y las percepciones más subjetivas e individuales.

Teoría de los Dominios de la Calidad de Vida según Olson y Barnes (1982)

El modelo propuesto por Olson y Barnes (1982) explica que la calidad de vida es la percepción subjetiva sobre el bienestar que tiene una persona de acuerdo a los factores que se

describen: vida marital y familiar, amigos, domicilio, y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, medios de comunicación. Sobre los inicios en la concepción de la calidad de vida se tomaron en cuenta diferentes facetas. En el caso de Campbell, Converse y Rodger (1976) estudiaron la calidad de vida contemplando 17 dominios de la experiencia de vida por su parte Stoeckeler & Gage (1978) identificaron 19 dominios y sería finalmente, Olson y Barnes (1982) quienes determinan nueve dominios. Ellos se centraron en la explicación de la calidad de vida desde una concepción familiar y a partir de aquí desarrollan un instrumento de medición para valorar la calidad de vida.

Uno de los criterios principales en la calidad de vida es la interrelación familiar y, para Barnes y Olson (1985), esto se obtiene a través de la comunicación entre sus integrantes. En la actualidad se busca un modelo integrativo basado en teorías de la familia con respecto a la calidad de vida. Para ello, es necesaria la decisión de definir conceptos integrados en tres criterios: familiares, individuales y en interacción entre ellos (Zuna, Summers, & Turnbull, Hu, & Xu, 2010).

Debe sostenerse que a partir de la propuesta de Olson y Barnes (1982) y del instrumento presentando, se han elaborado estudios que según el contexto sociocultural ha debido variar. En el caso de Grimaldo (2011), propone que la calidad de vida es un proceso dinámico, complejo y multidimensional. Este último aspecto (multidimensional) está cubierto por todas las condiciones o características de la vida tal y como son percibidas por las personas; condiciones como: la familia, el empleo, la vivienda, el estado de salud, las condiciones económicas, el acceso a la educación, incluso el propio arraigo o sentido de pertenecer a ciertas instituciones o espacios.

Asimismo, Grimaldo (2003) plantea dos apreciaciones generales que tratan de medir el concepto de calidad de vida: uno corresponde a una evaluación objetiva, que resulta de la estadística de los marcadores sociales y económicos específicos, tales como el estado de salud,

las actividades físicas o el ejercicio físico, los estilos de vida activos, las relaciones sociales como indicador de la necesidad de filiación del ser humano (red disponible de interacciones) (Zimmerman, 1998). La otra medida es subjetiva, aquella que demuestra las apreciaciones personales sobre las condiciones de vida; de acuerdo a los siguientes factores: bienestar económico; amigos, vecindario y comunidad; vida familiar y familia extensa; educación y ocio; medios de comunicación; religión; y salud.

Las investigaciones sugieren que a más interacción social la calidad de vida va en aumento. Tomando en cuenta aspectos como la comunidad y el trabajo, así como, la familia. Al ser social y personal, la calidad de vida, permite satisfacer necesidades básicas, sociales y espirituales.

En esa línea, la formación en diferentes espacios es básica: a) desarrollar capacidades y destrezas, b) prepararse para una tarea específica, c) adquirir experiencias que enriquezcan el plano personal y profesional, y d) activar la buena disposición y las capacidades personales (Pérez de Cabral, 1992).

Calidad de Vida en el Adulto Mayor

García (2005) expresa la relación entre calidad de vida y la teoría del envejecimiento. Al respecto, hay dos corrientes: una que aborda el tema desde la predisposición, es decir el envejecimiento está predeterminado (se conocen como teorías no estocásticas). La otra línea corresponde a las teorías estocásticas, que afirman que el envejecimiento es un proceso y es consecuencia de las alteraciones aleatorias que se almacenan a lo largo de la vida. Sin embargo, ninguna de éstas explica completamente por qué envejecemos.

Por su parte, Trujillo, Tovar y Lozano (2007) plantean el autoconcepto como una variable fundamental para la calidad de vida. Del lado positivo, demuestra un entorno familiar y social respetuoso y cálido, que acompaña al adulto mayor. Mientras que el lado negativo habla de un entorno familiar conflictivo y aplanador.

Como lo afirma Trujillo (como se citó en Trujillo, Tovar & Lozano, 2007) los adultos mayores con autoconcepto positivo muestran elevados valores que contribuyen a la adecuada coexistencia de la sociedad, por ejemplo, el respeto, la solidaridad, el amor y la tolerancia.

Por otro lado, se encuentra que aquellas mujeres que evidencian baja autoestima pueden vincularse con situaciones de violencia o abuso al interior de sus hogares (familia), situaciones que pueden haber padecido a través de los años y, en especial, con sus parejas. Lo que se conoce como actitud resignada se puede deber a la “naturalización” de estas condiciones desde muy jóvenes (Martín-Baró 1983, 1997). Muchas culturas o sociedades imponen la idea del abuso o el maltrato hacia la mujer como una condición “natural”, reforzando ideas como que el sufrimiento es parte del género o de la condición de esposas, la voluntad del hombre o del esposo es la que se impone y que ellas están al servicio de los miembros de la familia. Hasta hace algunos años muy pocas respetaban sus propios derechos.

La autoestima de los adultos mayores se ve comprometida cuando se examinan los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento. Esto puede llevarlos a sentirse fuera de la escena del juego, rechazados, percibiendo una negativa o baja valoración en la sociedad. La “juvenalización” de la cultura genera poco aprecio por las personas mayores de nuestra familia o comunidad, en donde su sabiduría y experiencia quedan relegados. En este sentido, envejecer es sinónimo de enfermarse y deteriorarse, compartiendo una profecía auto cumplida: la vejez se opone a la fuerza que se valora en la juventud. Esto se conoce como el modelo deficitario del envejecimiento (Trujillo, Tovar & Lozano, 2007).

1.1.2. Optimismo

Definiciones

Según Grimaldo (2004) en el campo de la psicología positiva, el optimismo constituye un aspecto que media entre las situaciones externas, ya sean físicas o sociales, y la interpretación que hacemos de ellas. El término optimismo surge del latín “*optimun*” que quiere decir “lo mejor”. Este vocablo fue usado por primera vez para referirse a la doctrina sostenida por el filósofo alemán Gottfried Wilhelm Leibniz en su obra Ensayos de Teodicea sobre la bondad de Dios, la libertad del hombre y el origen del mal (Ámsterdam, 1710), según la cual el mundo en el que vivimos es el mejor de los mundos posibles (como se citó en La Página del Idioma, 2007).

Grant (1992) entiende el optimismo como una actitud positiva hacia el futuro, siendo un factor preponderante y asociado al bienestar de las personas. Por su parte, More (1998) define al optimismo como una actitud positiva y poderosa hacia nuestras posibilidades individuales y colectivas.

Para Avis y Vásquez (1999) el optimismo se define como una dimensión estable de la personalidad, marcada por la herencia y por experiencias tempranas, pero modificables en una edad madura en donde se pueden incorporar un nuevo repertorio de conductas o hacer las cosas de manera distinta. El optimismo además puede concebirse como una característica cognitiva (un logro, una esperanza o una causa). El optimismo también responde a ser un motivador y motivante (Peterson, como se citó en González Zúñiga, 2004).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define al optimismo como las funciones mentales que implican una disposición personal a ser alegre, ilusionado y esperanzado, lo contrario de ser tendente al desencanto, melancólico y desesperanzado.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2005) define al optimismo como la tendencia a ver y juzgar las cosas considerando su aspecto más favorable. Definición

que no se aleja de la realidad psicológica al considerar al optimismo, como una visión positiva o próspera del futuro, como lo propone Martínez-Correa; Reyes Del Paso y otros (2006), quienes delimitan el optimismo como la confianza de que los resultados serán positivos, es decir, la idea de un futuro óptimo. Es así que el optimismo posee una definición operativa que incluye la idea de control sobre los logros de nuestras propias acciones, la esperanza de obtener resultados positivos en el futuro; así como, la influencia de la eficacia en el actuar (Gillham, Shatté, Reivich & Seligman, como se citó en García, 2005).

Ferrando, Chico y Tous (2002) afirman que este constructo juega un papel importante en el uso de las conductas de afrontamiento adaptativas, así como en el bienestar psicológico y físico, pareciendo ser un importante predictor de la enfermedad (psicológica y física).

Actualmente, dentro del ámbito de la psicología de la salud, uno de los aspectos que genera mucho interés de estudio es el *optimismo disposicional*, que se enfoca en que los resultados pueden ser positivos, es decir, la idea de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Carver & Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver & Bridges, 2001). En este sentido, algunos autores han diferenciado el optimismo disposicional de los conceptos de control y autoeficacia.

De La Torre (2008) define al optimismo como la perseverancia en el logro de los objetivos a pesar de las dificultades y las adversidades.

Modelo de Autorregulación de la Conducta de Scheier y Carver

Scheier y Carver (1985; como se citó en Ferrando, Chico & Tous, 2002) proponen el modelo de autorregulación de conducta, como punto de inicio del estudio de la variable, ya que muchos individuos, cuando atraviesan por situaciones difíciles, mantienen expectativas favorables lo que refuerza o incrementa sus esfuerzos por alcanzar las metas trazadas, mientras que, si mantuvieran las expectativas a un nivel bajo o desfavorable, su conducta sería inversa y disminuirían sus esfuerzos. Como plantean López, Kasanzew y López (2007), las personas

optimistas o con expectativas altas (en el futuro) van a dilatar sus esfuerzos para lograr los objetivos propuestos, aun cuando existan o tengan que enfrentar serias dificultades. Mientras que, por el contrario, aquellas personas que tienen poca confianza en sí mismos, los llamados pesimistas, son más propensos a evitar la adversidad, realizando o comprometiéndose en actividades que los distraen del objetivo o meta trazada, actividades que no ayudan a resolver el problema.

Dentro de esta propuesta, el optimismo y el pesimismo están calificados como la idea de resultados o logros (favorables y desfavorables, respectivamente) que te pasan en la vida; dichas expectativas se consideran tendencias estables (Ferrando, Chico & Tous, 2002).

Por lo tanto, aquellas personas que son optimistas tienen mayor tendencia a mantener sus expectativas en un alto nivel y sus percepciones de vida son positivas también, mientras que las personas que se mantienen en el lado pesimista tienden percibir o analizar su vida de forma negativa. Éstas serían sus disposiciones estables, por lo cual estaría vinculado a sus rasgos personales (García & Díaz, 2010).

Scheier y Carver (2002) identifican una de las representaciones del optimismo, aquella que se conoce como disposicional, como una actitud dentro del carácter de la persona que se vincula con las expectativas de resultados positivos generalizados; es decir, entender y tener claro que el futuro nos depara mayor éxito que fracaso, aplicando estas expectativas en los diferentes aspectos de nuestra vida.

En algunos estudios (Ben-Zur et al., 2000; Herman-Stahl & Petersen, 1996) se ha encontrado que la variable optimismo puede resultar como un predictor importante o potente dentro de eventos estresantes y se relaciona con un ajuste positivo (en Palomar, Victorio & Matus, 2011).

Puede asumirse que este efecto puede contribuir al bienestar de la persona, al enfrentar las dificultades con cierto nivel de éxito y menor angustia, favoreciendo que se incremente la calidad de vida del ser humano.

Diversos estudios proponen que la mirada o enfoque que se tenga de las cosas (evaluación personal) es lo que diferencia la actitud positiva de la negativa. La misma problemática o situación se puede percibir desde una perspectiva optimista o un enfoque pesimista; y el resultado de esta mirada o percepción genera expectativas distintas sobre los resultados. López, Kasenzew y López (2007) hallaron que algunas variables psicológicas como la hostilidad, la ansiedad fóbica o incluso algunas somatizaciones, podrían disminuir si se trabajaba en el optimismo.

Por su parte, Sanna (como se citó en Grimaldo, 2004) propone que hay una diferencia fundamental entre el optimista y el pesimista. Mientras que el primero se pone en acción y después evalúa los resultados; el segundo constantemente está evaluando sus conductas o acciones manteniendo sus expectativas negativas sobre el resultado.

Tipos de Optimismo

Según Segerstrom (como se citó en Grimaldo, 2004) existen dos tipos de optimismo: el optimismo disposicional y el optimismo situacional. En el optimismo disposicional nos referimos a la predisposición de mantener expectativas positivas para enfrentar las situaciones que se presentan en la vida. Mientras que el optimismo situacional no se considera una disposición constante hacia lo negativo, sino que es un mecanismo que se presenta frente a un evento estresante o que sobrepasa a la persona.

Scheier, Carver y Bridges (1994) afirman que el optimismo disposicional se presenta en las personas como una disposición a esperar algún tipo de resultados prósperos o favorables en las situaciones que enfrentan, manteniendo una expectativa generalizada de resultados positivos.

Otros autores proponen otros tipos de optimismo: por ejemplo, el defensivo y el proactivo. En el defensivo hablamos de que las personas intentan minimizar la incertidumbre frente a una situación o comportamiento que el individuo cree ser competente de modificar. El optimismo proactivo, propone un cambio positivo de la conducta de la persona (Concha & otros, 1999).

Existen teóricos que plantean otros tipos de optimismo como el absoluto o incondicional que es considerada como un escape patológico, también encontramos el optimismo blando en donde, algunos afirman que, se pierde el tiempo buscando estrategias protectoras o el optimismo inteligente que es una forma realista de percibir las cosas (González Zúñiga, 2004).

Optimismo en el Adulto Mayor

Las variables psicológicas que se conocen como auto-esquemas, como son la autoeficacia, el autocontrol, autocuidado, autoestima, entre otras, se construyen a lo largo de la vida en interacción con personas significativas en su historia: familia, amigos, comunidad. Martín-Baró (1997, citado en Trujillo, Tovar y Lozano, 2007) señala que estas variables o auto-esquemas van variando de acuerdo a las experiencias y a las decisiones que la propia persona va tomando, mientras éstas sean positivas y favorables, el concepto de sí mismo será favorable o positivo. Esta valoración, a su vez, incide en la calidad de vida directamente (o en la percepción de ella) (Dulcey-Ruiz & Uribe, como se citó en García, 2005).

Para Scheir y Carver (1992) el bienestar físico y psicológico se asocian con cogniciones o percepciones estables y generalizadas de que los acontecimientos de la vida serán positivos (optimismo).

Se cree que aquellos que tienen a ser optimistas manejan mejor el sentido del humor y suelen ser más perseverantes, esto repercute en su condición y salud física. Algunos estudios

muestran que quienes presentan niveles elevados de optimismo tienden a la resolución de problemas o dificultades (Grimaldo, 2004).

Para Peterson (como se citó en Cuadra & Florenzano, 2003) se genera un círculo entre la motivación, como un generador de conductas positivas, y el optimismo de las personas. Ya que este último influye en el estado anímico y tendrá una consecuencia en su bienestar.

Las personas optimistas son aquellas que, enfocadas en la realidad y entendiendo los problemas que se presentan en ella, tienen esperanza y toman acción para la solución, con estrategias de afrontamiento. Avia y Vásquez (como se citó en González Zúñiga, 2004) proponen que la naturaleza humana nos empuja a tener esperanza y a cobijar sueños: el optimismo es un componente de la vida y, por lo tanto, es entrenable.

1.1.3. Optimismo y Calidad de Vida en el Adulto Mayor

El grupo de adultos mayores en el Perú resulta ser un grupo sumamente vulnerable debido a la falta de oportunidades para su desarrollo y mejora de sus condiciones de vida y oportunidades; debido a que somos un país que valora enormemente la juventud; por lo cual, los adultos mayores reciben mucha marginación e indiferencia de nuestra sociedad.

Podemos señalar que existen diversos estudios que muestran la vinculación de estos constructos (calidad de vida y optimismo) sobre el estado de salud y bienestar físico; es decir las condiciones físicas en las cuales se encuentra una persona y la repercusión que ello tiene en su organismo, llámese salud.

Un aspecto importante a considerar como evidencia es que diversos estudiosos han indicado que el optimismo disposicional se relaciona como un indicador de buen pronóstico en pacientes coronarios (Davidson & Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble & Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto & Pbert, 1996) y cancerosos (Friedman, Weinberg, Webb, Cooper & Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004), sugiriéndose como

un probable mecanismo de las estrategias de afrontamiento del estrés (Carver et al, 1993; Stanton & Zinder, como se citó en Martínez, Reyes, García & González, 2006).

Esto último, nos indica claramente acerca de la relación que existe entre la salud de las personas y su estado anímico, demostrando así que aquellos que mantienen un humor estable, positivo y una visión alentadora del futuro; tienen más probabilidades de recuperarse en situaciones difíciles (salud) o restablecerse y permanecer saludables.

Generalmente, se encuentra evidencia que demuestra la relación entre las estrategias de afrontamiento y el pronóstico de algunas enfermedades (Martínez, Reyes, García & González, 2006).

La comúnmente conocida vejez es la etapa final del cambio del desarrollo evolutivo, donde el individuo y la sociedad tienen como perspectiva futura el final de la vida. Mahalufz y cols. (1998) señalan que uno de los factores comunes de la mayoría de los cambios que debe enfrentar una persona es esta etapa de su vida es el adaptarse a los cambios y pérdidas que puedan presentarse, en aspectos como la fuerza física, personas cercanas a él o ella, el trabajo, las relaciones; y para sobrellevar o superar estas situaciones inevitables, la persona debe poder enfrentar y superar sentimientos como la tristeza o situaciones de dolor. Las sucesivas pérdidas que debe enfrentar el adulto mayor, hacen que vaya elaborando el duelo por la propia vida que se va a terminar (enfrentar su propia muerte).

Marín (1993) señala algo muy cierto, conforme una persona aumenta en edad o envejece aumentan proporcionalmente el riesgo de adquirir enfermedades o presentar dificultades o pérdidas funcionales. Sin embargo, el cuerpo humano maneja sus propios mecanismos de compensación y por ello, el deterioro propio de la edad implica una disminución en algunas funciones, pero no significa entrar en un déficit absoluto. Por lo cual, las personas podrían seguir teniendo la capacidad de desempeñarse en actividades cotidianas de manera autónoma aún. La OMS (como se citó en Marín, 1993) define la salud de los adultos

mayores desde la mirada del sostenimiento de la capacidad funcional y no necesariamente desde la pérdida o la carencia. El adulto mayor debe enfrentarse a la situación en donde la sociedad ya no lo valora, en esta etapa se le concibe como una persona en decaimiento físico y mental, y se refleja en él o ella una percepción de incapacidad y de disminución social. Estas ideas se encuentran enquistadas en nuestra sociedad llevándonos a situaciones de maltrato y descalificación de la vejez, y de creer que los adultos mayores no aportan nada, que son una carga en nuestra vida, en nuestra familia o en nuestra sociedad. Esta percepción nos lleva a discriminarlos y marginarlos de la actuación o participación social. Todo ello, repercute en el bienestar y estado anímico de los adultos mayores, quienes asumen todas estas percepciones como ciertas o propias de la etapa. De esta situación/percepción se desprende la concepción de esta etapa de la vida como algo fatal o catastrófico, asumir una actitud de resignación y apatía frente a los diferentes escenarios sociales (familia, amigos, comunidad, etc.)

Los adultos mayores que establecieron relaciones significativas en el pasado, que se han desenvuelto en espacios con sentimientos positivos, habiendo sido acogidos, amados, respetados; adultos mayores que se enfocaron en el desarrollo de habilidades, actividades e intereses diversos; tienen mayores competencias para enfrentar la soledad propia de la etapa. Se sabe que la calidad de vida concentra determinados factores protectores y entre ellos creemos que se pueden ubicar las emociones positivas, destacando el optimismo. Ebert, Tucker y Roth (2002) concluyen que el bienestar psicológico y la salud en general tienen un vínculo muy estrecho con la visión de vida que se tenga; por ello, se puede plantear que, si la persona resulta tener una visión optimista de su propio futuro, es posible que perciba una mayor satisfacción consigo misma y a su vez esto influya en su calidad de vida.

Si asumimos que la calidad de vida se concibe como la percepción de una persona sobre todas las opciones que tiene para sentirse satisfecha en un ambiente o sociedad determinado,

es altamente probable que, si uno se encuentra satisfecho con estas posibilidades u oportunidades del ambiente, su visión acerca del futuro pueda ser más positiva y esperanzadora.

Por otro lado, Ji; Zhang; Usborne & Guan (2004) plantean que el optimismo también debe explorarse o estudiarse contextualmente, ya que la cultura puede intervenir en dicha visión sobre las cosas; ello plantea además que el estilo y razonamiento cognitivo pueden afectar la visión optimista respecto al futuro. Es por ello que en este estudio complementariamente también se hace una comparación con dos contextos o realidades distintas: Lima (ubicada en la costa, capital del país) y Huaraz (ubicada en la sierra, interior del país).

1.2. Antecedentes de la investigación

Para la selección de las investigaciones nacionales, se realizó una búsqueda en diversas bases de datos, entre ellas el Acceso Libre a la Información Científica para la Innovación y Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica (ALICIA-Concytec). En el caso de los estudios internacionales se consultaron las bases de datos de Scientific Electronic Library Online (SciELO), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), PudMed y Science Direct. En todos los casos se codificaron los términos en español (“calidad de vida” y “optimismo”) e inglés (“quality life” and “optimism”).

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Kraai, Vermeulen, Hillege, Jaarsma y Hoekstra (2018) realizaron una investigación donde examinaron la prevalencia del optimismo y el pesimismo en pacientes con insuficiencia cardíaca además de su asociación entre ellas y otras características de los pacientes. El diseño del estudio fue de tipo explicativo. El estudio fue aplicado en 86 participantes cuyo promedio de edad era 70 años, varones en su mayoría (62%) que presentaban diferentes problemas relacionados a la insuficiencia cardíaca. Las escalas utilizadas fueron para el optimismo, el Revised Life Orientation Test (LOT-R) y para la calidad de vida se utilizó el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire y un cuestionario genérico EuroQol. Los resultados indicaron

que la dimensión de optimismo se asoció a la calidad de vida, sin embargo, la dimensión de pesimismo no afectó dicha asociación. La investigación sugiere incentivar el optimismo en estas personas para el incremento de su calidad de vida.

Mazanec, Daly, Douglas y Lipson (2011) examinaron las relaciones entre el optimismo disposicional y la calidad de vida. El diseño del estudio fue explicativo y comparativo. Los participantes fueron 163 adultos pacientes con cáncer con edad promedio entre los 58.24 años, siendo mayor el número de mujeres (54%) con un estado del cáncer localizado (35.6%) y avanzado (64.4%). Se utilizó el Life Orientation Test-Revised para la medición del optimismo, el Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale para la medición de la espiritualidad, el Profile of Mood States-Short Form para la medición de la depresión y la ansiedad, el Functional Assessment of Cancer Therapy-General para la medición de la calidad de vida y la Eastern Cooperative Oncology Group Scale para la funcionalidad física. Se demostró que el optimismo no se asoció con la edad, el sexo y con el estado del cáncer dentro de las características sociodemográficas. Así también, se encontró que el optimismo se asoció con la espiritualidad, con tres dimensiones del bienestar (social, emocional y funcional), con la calidad de vida y, demostró asociación negativa baja con la depresión y la ansiedad. Los resultados de la investigación demostraron que el optimismo no es influyente en la calidad de vida cuando intervienen variables como la edad, la espiritualidad, la depresión y la ansiedad.

Villarroel, Valtierra y Conteras (2016) estudiaron si la afectividad desempeña un rol mediador entre el optimismo y la calidad en hombres viviendo con VIH. El diseño del estudio es explicativo. La muestra estuvo compuesta por 116 participantes seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico con un promedio de edad de 36.8 años y un tiempo de diagnóstico de 8.2 años. Los instrumentos de medición fue el Life Orientation Test Revised para la medición del optimismo y el pesimismo, el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

se utilizó para el afecto negativo y positivo y, el World Health Organization Quality of Life-Bref para la calidad de vida. Se encontró una asociación entre el optimismo y la calidad de vida. El estudio demostró que una de las variables mediadoras entre el optimismo y la calidad de vida es el afecto negativo.

Vilhena et al. (2014) examinaron el optimismo y su mediación en la relación de la personalidad y la calidad de vida. El diseño de la investigación es de tipo explicativo. Participaron 729 personas (54.3% mujeres) con una edad promedio de 42.13 años, cada uno de ellos se separaron según problemas crónicos, siendo 179 con cáncer, 126 con diabetes, 89 con epilepsia, 20 de miastenia grave, 100 con esclerosis múltiple y 215 con obesidad. La personalidad se evaluó con el NEO Personality Inventory, el optimismo se evaluó con el Life Orientation Test, la calidad de vida se verificó con el MOS-36 short-form Health Survey y el bienestar fue analizado con el Well-Being Scale. Se demostró la asociación entre el optimismo y la calidad de vida. El optimismo tiene apenas un papel mediador entre la personalidad y la calidad de vida. Se toma en cuenta la importancia de las expectativas de las personas aporte al sentido de calidad y bienestar.

Kolokotroni, Anagnostopoulous y Hantzi (2018) investigaron el rol del optimismo, la limitación social, el afrontamiento, los procesos cognitivos y la adaptación y la inquietud sobre el cáncer de mama. El diseño de la investigación fue de tipo explicativo. Un total de 125 mujeres recuperadas del cáncer de mama, con edades entre los 39 y 70 años. Se utilizó el Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report para la evaluación de la adaptabilidad, para el optimismo se aplicó el Life Orientation Test, la Escala de Social Constraints se aplicó para la limitación social, para el afrontamiento se aplicó el Coping Orientation to Problems Experienced y la inquietud sobre el cáncer de mama fue evaluado con el Subscale of State Level Measure of Reflection and Brooding. Se demostró una asociación entre el optimismo y el afrontamiento orientado a la desvinculación. Sobre el estudio, se encontró que poco

optimismo reduce el comportamiento social, el afrontamiento orientado a la desvinculación median las limitaciones sociales en las personas con cáncer de mama.

Estas investigaciones permiten obtener información sobre la estrecha relación que ocurre entre el optimismo y la calidad de vida. Con frecuencia, el optimismo es un recurso que impulsa a las personas en la obtención de su calidad de vida. En dichos estudios, se ha establecido poco vínculo con el pesimismo, constructo incluido en los test para la evaluación del optimismo. En este punto, pareciera ser relevante también conocer en qué medida el pesimismo puede aportar en su asociación con la calidad de vida.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Vargas y Vargas (2017), en su estudio, plantearon como objetivo describir la relación entre apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores. El diseño de la investigación fue correlacional. La muestra fue de un total de 209 adultos mayores entre los 60 y 80 años de edad que asistían a Centros de Atención Integral. Los instrumentos de medición fueron la adaptación del Cuestionario de Apoyo Social de Moss y la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Se encontró un grado de asociación positiva entre el apoyo social y el bienestar psicológico, se entiende entonces que los adultos mayores requieren del apoyo social para incrementar su bienestar.

Ortiz y Tapia (2013) examinaron el apoyo social y satisfacción con la vida. El diseño de la investigación fue correlacional. El estudio se aplicó en 160 adultos mayores varones y mujeres con edades entre 60 y 85 años. Los instrumentos de medición aplicados fueron para los niveles de apoyo social, el Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart y los niveles de satisfacción con la vida utilizando la Escala de Satisfacción con la Vida (LSI - A). Los resultados más significativos de la investigación arrojan que a mayor nivel de apoyo social, mayor es el nivel de satisfacción con la vida.

La investigación Ravello (2018) se propuso determinar la asociación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en adultos mayores de locales comunales de San Juan de Miraflores. La muestra la conformaron 192 adultos mayores (varones y mujeres), entre los 60 a 85 años. Se trabajó un diseño correlacional, de tipo no experimental transversal. Se emplearon el Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Los resultados del estudio señalan que el 55.7% de los adultos mayores tenían el apoyo social a nivel promedio y el 45.8% satisfacción con la vida promedio. Sobre el objetivo se encontró una asociación positiva, en un nivel moderado y altamente significativo entre las variables.

1.3. Planteamiento del problema

1.3.1. Descripción de la realidad problemática

Este estudio busca conocer el estado de la calidad de vida y el optimismo en adultos mayores que viven en las ciudades de Huaraz y Lima. Es una población, que, en nuestro país, en un alto porcentaje se encuentra olvidada, tanto a nivel familiar, social como gubernamental. Aunque cada vez más se hacen esfuerzos, que aún resultan insuficientes, para generar oportunidades de superar sus deficiencias y necesidades.

Actualmente el país, al igual que el resto del mundo, atraviesa un proceso de envejecimiento demográfico que se caracteriza por el aumento de la población en edades avanzadas. En 1970 la población de adultos mayores del Perú era de 5.4%, para el 2004 era de 7.5% y según la Organización Panamericana de la Salud, los países andinos se verán afectados por el envejecimiento de su población, la cual se duplicaría en las próximas dos décadas (como se citó en Valera, Chávez, Herrera, Ortiz & Chique, 2004). En el 2015 las personas adultas mayores alcanzaban casi el 10% de la población peruana y se estima que para el 2050 la población adulta mayor alcanzará el 25% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015).

Esto puede deberse a que los avances de la ciencia y la tecnología han alargado el tiempo de vida de las personas. Sin embargo, cabe la pregunta ¿a costa de qué se ha alargado este periodo? Nos preguntamos, ¿es acaso que existe una mayor población de más de 60 años y que éstos reciben un trato digno, oportunidades laborales, educativas y recreativas, soporte social y/o familiar adecuado; o por el contrario su situación sigue igual o se torna más dramática conforme aumenta la crisis en los valores de la sociedad?

Recordemos que actualmente una persona que tiene 60-65 años de edad no es una persona retirada del mundo laboral y pasa el día leyendo el diario. El que inicia la vida de adulto mayor hoy, es una persona que sigue trabajando, sigue aportando económicamente a su familia y a la sociedad. Siendo así que el 56.1% de adultos mayores están incluidos en la Población Económica Activa (PEA) (INEI, 2018).

A partir de los 60 años de edad, el adulto mayor atraviesa por una serie de cambios que impactan en su concepción del mundo, presentan miedo a la vejez, trato inadecuado en la sociedad, pérdida de facultades físicas y de autonomía, aislamiento, entre otros (Monterroso, 2013). Sin embargo, a pesar de estas condiciones, el 25% de hogares en el país tienen como jefe de familia a un adulto mayor (INEI, 2015). Según el reporte del INEI (2015) el 27% de la población mayor de 65 años se beneficia del programa pensión 65, el 80.8% de las mujeres presentó algún problema de salud crónico. Frente a los problemas de salud se sabe que el 70% de los adultos mayores que presenta alguna dificultad, no asiste al centro de salud ya que prefieren recurrir a las recetas caseras o se auto recetan, el 25% no asiste porque le queda lejos. Según el reporte sobre la situación de la población adulta emitido por el INEI (2018) el 42.2% de los hogares del Perú tiene entre sus miembros por lo menos a un adulto mayor; reporta además que son las mujeres quienes, mayoritariamente, presentan un problema de salud crónico (82.6% de las adultas mayores y en el caso de los varones es el 69.9%).

Todos estos datos evidencian un grupo poblacional que sigue creciendo y con ellos sus propias necesidades. Es válido preguntarse si como sociedad estamos conscientes de la problemática que enfrentan, de las actividades que realizan y si somos o no un soporte para esa generación. En julio del 2017 empezó a regir, en nuestro país, la Ley 1850, que establece fuertes medidas de protección al adulto mayor y penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, entre otras disposiciones. También contamos con la Ley 30490, que busca establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, para optimizar su calidad de vida y favorecer su incorporación en el desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

En nuestro país, según el censo del 2017, son más de 3.5 millones de adultos mayores principalmente ubicados en las regiones de Ancash, Huancavelica y Apurímac (INEI, 2018). Debido a los cambios en la distribución poblacional, muchos especialistas refuerzan la idea de que la carga social que enfrentará el país en relación a su población adulto mayor será bastante alta, por las próximas 3 décadas. Por lo tanto, se vislumbran problemas como el maltrato, abandono y discriminación, indica Blanca López, socióloga especialista en demografía del envejecimiento y también profesora de la PUCP (El Comercio, Luis García Bendezú, 1 de julio del 2018). Mientras que Tania Tello, presidenta de la Sociedad Peruana de Geriatria, sostiene que el sistema de salud que manejamos en la actualidad no está preparado para la atención de adultos mayores.

Es decir, a pesar de la promulgación de leyes y reglamentos que dicen amparar el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores, seguimos escuchando y viendo historias que nos invitan a reflexionar y reforzar los niveles asistenciales en salud, a pensar sobre las condiciones en las que viven muchos de los adultos mayores, tanto en la capital como en el interior del país y especialmente en sectores rurales, donde los servicios y especialistas es aún menor y, por lo tanto, el abandono y la indiferencia se sienten aún más.

Estamos convencidos que en las ciudades de la sierra la situación del adulto mayor es muy distinta a la que se vive en la capital; ya que las condiciones y estilo de vida, la forma y ritmo de trabajo, el soporte familiar, el acceso a los servicios básicos de salud (tratamientos y prevenciones), las oportunidades recreativas y de esparcimiento social, el respeto, las costumbres y la cultura en general, afectan la visión de futuro (optimismo) y la calidad de vida de este grupo poblacional.

Se sabe que nuestro país por ser centralizado y en vías de desarrollo, presenta marcadas diferencias en sus tres regiones generales o tradicionales (costa, sierra, selva), de manera que cualquier cambio que se dé en las condiciones de vivienda, alimentación, salud mental, recreación y soporte social, van a afectar las condiciones de vida de las personas y más aún la del adulto mayor.

En tal sentido, se decidió trabajar esta investigación por la importancia que merece conocer las condiciones de vida de este grupo de personas, comparando Lima y el interior de nuestro país (Huaraz), donde sabemos las carencias se hacen más evidentes; y además registrar la visión sobre su vida presente y futura.

1.3.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y optimismo en adultos mayores procedentes de Lima y Huaraz?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivos Generales

- Establecer la relación entre calidad de vida y optimismo en adultos mayores procedentes de Lima y Huaraz.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre calidad de vida y optimismo en adultos mayores procedentes de Lima y Huaraz.

- Identificar las diferencias de la calidad de vida y el optimismo según el sexo (hombre-mujer).
- Analizar las diferencias de la calidad de vida y el optimismo según el lugar de procedencia (Lima-Huaraz).
- Validar psicométricamente el instrumento de medición de la calidad de vida.

1.5. Hipótesis y Variables

1.5.1. Hipótesis General

Existe relación entre la calidad de vida y el optimismo en adultos mayores procedentes de Lima y Huaraz

1.5.2. Variables

Adulto Mayor: se define como aquellas personas que cuentan con 60 años a más (El Peruano 2006).

Calidad de vida: la calidad de vida está referida a cómo la persona percibe y experimenta su vida, considerando la cultura, el sistema de valores, las expectativas y normas todo ello asociado a su salud física, psicológica, relaciones sociales, factores ambientales y personales (OMS, 1998).

Optimismo: inclinación de los individuos a esperar resultados favorables y positivos de la vida. (Grimaldo, 2004).

1.5.3. Definición operacional de las variables

Optimismo: Se mide con 10 ítems respondidos con una escala que va de 0 a 4, con las siguientes opciones de respuesta: *Fuertemente en desacuerdo; En desacuerdo; Neutro; De acuerdo; y Fuertemente de acuerdo.*

Optimismo disposicional: Se mide a través de los ítems de la Escala que se orientan a evaluar la disposición que tienen las personas a esperar resultados positivos de las situaciones que se presenten en su día a día.

Calidad de vida: La escala contiene 25 ítems adheridos a las dimensiones de a) hogar y bienestar económico, b) amigos, vecindario y comunidad, c) vida familiar y familia extensa, d) educación y ocio d) medios de comunicación, e) religión y, f) salud. Las opciones de respuesta de los ítems varían según el grado de satisfacción (insatisfecho a completamente satisfecho).

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño utilizado fue descriptivo correlacional bivariado. Este diseño en sí mismo abarca las tres modalidades de los estudios descriptivos; que según Alarcón (2008) tiene varios propósitos: describe y compara comportamientos, determina relaciones entre variables psicológicas y factores que afectan la conducta, operando en escenarios naturales donde el individuo realiza sus acciones. Es un diseño correlacional bivariado dado que intervienen dos variables, indagando por la relación entre éstas.

2.2 Participantes

La población está conformada por los adultos mayores de ambos sexos mayores de 60 años; que asisten a los centros de adulto mayor (CAM) y que residen en las zonas urbanas de las ciudades de Lima y Huaraz. Los CAM de los que se obtuvo la muestra son: Lima Norte y Huaraz cuyas poblaciones varían constantemente y siendo muy distinto el número de inscritos al número de asistentes.

Para la obtención de la muestra se aplicó un procedimiento de muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), de tipo propositivo (Kerlinger & Lee, 2001). Según Alarcón (1991) este tipo de muestras (intencional) son asumidas, por el investigador, como típicas o representativas de la población en la que se está interesado investigar.

En cuanto a los Criterios de inclusión de los participantes se consideraron los siguientes:

- Condición Laboral : desempleados
- Manejo del Idioma : español
- Participación : voluntaria

En relación con los criterios de exclusión de los participantes se consideraron los que se presentan a continuación:

- Alfabetización : analfabetos

La muestra está conformada por 272 adultos mayores, 131 varones (48.2%) y 141 mujeres (51.8), con una edad promedio de 72 años; 188 que asisten al Centro de Adulto Mayor (CAM) de la ciudad de Lima (69.1%) y 84 del CAM de la ciudad de Huaraz (30.9%). En la Tabla 1 se aprecian las características sociodemográficas.

Tabla 1

Distribución Muestral según Género y Ciudad de Procedencia

| Características Sociodemográficas | Género | | | | Total | |
|-----------------------------------|----------|------|----------|------|----------|-------|
| | Varones | | Mujeres | | | |
| CAM | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Lima | 89 | 32.7 | 99 | 36.4 | 188 | 69.1 |
| Huaraz | 42 | 15.4 | 42 | 15.4 | 84 | 30.9 |
| Total | 131 | 48.2 | 141 | 51.8 | 272 | 100.0 |
| Lugar de Nacimiento | | | | | | |
| Lima | 6 | 2.2 | 5 | 1.8 | 11 | 4.0 |
| Ancash | 101 | 37.1 | 101 | 37.1 | 202 | 74.3 |
| Otras provincias | 24 | 8.8 | 35 | 12.9 | 59 | 21.7 |
| Total | 131 | 48.2 | 141 | 51.8 | 272 | 100.0 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Soltero | 4 | 1.5 | 3 | 1.1 | 7 | 2.6 |
| Casado | 54 | 19.9 | 58 | 21.3 | 112 | 41.2 |
| Divorciado | 4 | 1.5 | 6 | 2.2 | 10 | 3.7 |
| Viudo | 69 | 25.4 | 74 | 27.2 | 143 | 52.6 |
| Total | 131 | 48.2 | 141 | 51.8 | 272 | 100.0 |
| Grado de Instrucción | | | | | | |
| Primaria | 6 | 2.2 | 4 | 1.5 | 10 | 3.7 |
| Secundaria | 35 | 12.9 | 32 | 11.8 | 67 | 24.6 |
| Técnico | 82 | 30.1 | 97 | 35.7 | 179 | 65.8 |
| Universitario | 8 | 2.9 | 8 | 2.9 | 16 | 5.9 |
| Total | 131 | 48.2 | 141 | 51.8 | 272 | 100.0 |

Leyenda

f: frecuencia

%: porcentaje

2.3 Medición

En este estudio la recolección de datos se realizó a través del consentimiento informado de los participantes (se puede visualizar en el Apéndice A) y de dos instrumentos psicológicas: de un lado, la Escala de Calidad de Vida, con el objetivo de medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital; y, por otro lado, la Escala de Orientación hacia la Vida – Revisada, LOT-R; con el objetivo de evaluar las expectativas positivas y negativas de los individuos. Cabe mencionar que el primer instrumento pasó un proceso de adaptación dentro del contexto donde se pretende usar. Se utilizaron estos instrumentos con el fin de medir los constructos de calidad de vida y optimismo, para luego correlacionar ambos puntajes. Los formatos de los instrumentos utilizados se pueden visualizar en el Apéndice B.

Escala de Calidad de Vida

Se usará la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, versión adaptada para adolescentes por Grimaldo (2005).

Descripción General

La escala original fue construida por David Olson y Howard Barnes en 1982. Esta escala permite medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como, por ejemplo, vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

La aplicación del instrumento puede ser individual o colectiva, con una duración aproximada de 20 minutos; se puede aplicar a partir de los 13 años y permite identificar los niveles de calidad de vida, incluyendo los siguientes factores: Factor 1 (hogar y bienestar económico), Factor 2 (amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (vida familiar y familia extensa), Factor 4 (educación y ocio), Factor 5 (medios de comunicación), Factor 6 (religión) y Factor 7 (salud).

El instrumento fue desarrollado bajo dos versiones, una dirigida a los padres con 43 ítems y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario, y comunidad); y otra versión para adolescentes con 25 ítems con iguales áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo.

Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta: insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho y completamente satisfecho.

Para los fines de esta investigación se procederá con la adaptación del instrumento, ya que la versión final se espera esté de acuerdo a las características de la muestra, adultos mayores; en donde se tomarán en cuenta los factores de: hogar y bienestar económico; amigos, vecindario y comunidad; vida familiar; tiempo libre; medios de comunicación; religión y salud.

La escala cuenta con validez de constructo, a partir del análisis factorial, el cual sustenta la estructura conceptual inicial de la escala, con pocas excepciones. Algunas escalas conceptuales se unieron para definir un solo factor. Se aplicó el análisis factorial con rotación para la escala total.

En cuanto a la confiabilidad, se trabajó mediante el método test – retest, en personas de doce clases universitarias y secundaria. El tiempo que transcurrió entre la primera y segunda aplicación, fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson para la Escala Total es de .64 y las correlaciones para los doce factores van desde .40 hasta .72. La confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, alcanzando para la Escala Padres .92 y para la Escala adolescentes .86.

Para la versión adaptada por Grimaldo (2005), quien trabajó con 589 estudiantes, varones y mujeres, de 14 a 18 años, que cursan el 4to y 5to grado de secundaria de colegios nacionales y privados; se encontraron los siguientes valores para la validez y confiabilidad.

El proceso de Validación de Constructo se realizó a partir del Análisis Factorial Exploratorio. Se identificaron 7 factores: Factor 1 (hogar y bienestar económico), Factor 2 (amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (vida familiar y familia extensa), Factor 4 (educación y ocio), Factor 5 (medios de comunicación), Factor 6 (religión) y Factor 7 (salud); hallando el 56% de la varianza de los ítems, lo cual significa que estos factores alcanzan a explicar, con algún grado de significado conceptual en las correlaciones entre los ítems.

Sobre el índice de homogeneidad todos los reactivos obtienen puntuaciones superiores al margen admisible, pudiéndose afirmar que todos discriminan en la misma dirección que el instrumento total.

El instrumento cuenta además con validez divergente (discriminante), ya que al aplicar el Coeficiente r de Pearson, para establecer el análisis correlacional entre la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, la Prueba de Autoeficacia General y el Inventario de Afectos Positivos y Negativos (SPANAS), se obtuvo una baja correlación entre los puntajes de estas pruebas, lo que demuestra la independencia de los constructos.

Sobre la confiabilidad, la versión adaptada del instrumento muestra índices aceptables en la consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo .86 para la muestra total; .83 para la muestra de colegios particulares y .86, para los colegios estatales.

Respecto a la calificación del instrumento, éste contiene 7 factores que se califican de acuerdo a los ítems que los conforman, y se obtiene el puntaje total de la prueba sumando los sub-puntajes (factores).

Análisis de confiabilidad y estructura interna de la Escala de Calidad de Vida

Se realizaron dos análisis de confiabilidad por consistencia interna, el primero, agrupando los ítems conforme a la escala original; y, el otro, examinando la confiabilidad de

las escalas obtenidas a partir de los resultados obtenidos del análisis factorial exploratorio (AFE).

En el primer análisis se calculó el alfa de Cronbach de la puntuación total y de los siete factores originales encontrando los siguientes resultados: la consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida, considerando los 25 ítems originales, presentó un alfa de Cronbach bajo ($\alpha = .597$, I.C. [95%] = .525, .663); así mismo se examinó la consistencia interna de cada una de las subescalas en la estructura original de la prueba. De los siete factores que conforman la Escala de Calidad de Vida, sólo tres cumplieron el criterio psicométrico de confiabilidad de las puntuaciones.

Las escalas que obtuvieron coeficientes de consistencia interna aceptables ($\alpha > .60$ según Nunnally, 1979, en Matos, 2005) fueron: Vida familiar y familia extensa ($\alpha = .858$, I.C. [95%] = .828, .883); Hogar y Bienestar Económico ($\alpha = .824$, I.C. [95%] = .788, .855); y Educación y ocio ($\alpha = .627$, I.C. [95%] = .543, .697). Las correlaciones ítem-test obtenidas en estos factores han sido aceptables pues supera en valor mínimo recomendado de .20 (Kline, 1986). Mientras que las escalas de Amigos, Vecindarios y Comunidad ($\alpha = .351$, I.C. [95%] = .220, .465), Medios de comunicación ($\alpha = -.141$, I.C. [95%] = -.397, .075), religión ($\alpha = .196$, I.C. [95%] = -.020, .366) y Salud ($\alpha = .205$, I.C. [95%] = -.009, .373) no alcanzan un valor aceptable. En el caso de estos factores se observa que la mayoría de correlaciones ítem-test han caído por debajo del valor mínimo recomendable, lo cual ha determinado la baja fiabilidad de las puntuaciones (ver Tabla 2).

Tabla 2

Análisis de consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida (versión original)

| Factor | alfa | Correlación Ítem-Test | |
|---------------------------------|-------|-----------------------|-------|
| Hogar y Bienestar Económico | .824 | Ítem 1 | .57 |
| | | Ítem 2 | .48 |
| | | Ítem 3 | .59 |
| | | Ítem 4 | .74 |
| | | Ítem 5 | .73 |
| | | Ítem 6 | .090 |
| | | Ítem 7 | .195 |
| Amigos, Vecindario y Comunidad | .351 | Ítem 8 | .335 |
| | | Ítem 9 | .238 |
| | | Ítem 10 | -.001 |
| | | Ítem 11 | .698 |
| Vida Familiar y Familia Extensa | .858 | Ítem 12 | .784 |
| | | Ítem 13 | .598 |
| | | Ítem 14 | .735 |
| | | Ítem 15 | .267 |
| | | Ítem 16 | .511 |
| Educación y Ocio | .627 | Ítem 17 | .576 |
| | | Ítem 18 | -.258 |
| | | Ítem 19 | .050 |
| Medios de Comunicación | -.141 | Ítem 20 | -.002 |
| | | Ítem 21 | .016 |
| Religión | .196 | Ítem 22 | .108 |
| | | Ítem 23 | .108 |
| Salud | .205 | Ítem 24 | .114 |
| | | Ítem 25 | .114 |

Como se puede apreciar en la Tabla 1, estos datos de la fiabilidad de las puntuaciones con los ítems de la escala original, indican dificultades con ciertos ítems cuyo puntaje no estaría asociado a su dimensión de origen debido a su baja fiabilidad, como, por ejemplo, los ítems 6, 10, 18 y 19 de la versión original de la escala. Esto implica que, para la presente muestra de adultos mayores, es necesario replantear el análisis de la estructura interna, considerando la posible eliminación de algunos ítems pues, como se ha visto, estarían generando mucho error de medición y, por tanto, afectarían la validez de los análisis posteriores.

Es por ello que, a fin de analizar la estructura interna de la Escala de Calidad de Vida, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para encontrar una solución ajustada a la

muestra del estudio que pueda ser interpretable para los fines de la investigación. Cabe mencionar que en este análisis no se consideraron los ítems pertenecientes a dos subescalas (religión y salud) por presentar puntuaciones con baja fiabilidad y porque estructuralmente están conformados por dos ítems, lo cual podría generar estimaciones poco precisas ya que no es el valor mínimo recomendable que se sugiere para definir una dimensión o factor (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014).

Previo a la realización del AFE, se contrastó el grado de relación entre los ítems del instrumento con el fin de corroborar la pertinencia de emplear dicha técnica. Para ello, se verificaron los resultados obtenidos del índice KMO y del test de esfericidad de Bartlett. Como resultado de este análisis se encontró un KMO de .715, el cual es considerado un valor aceptable (Ferrando & Anguiano-Carrasco); mientras que el test de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativo ($\chi^2 [153]= 1484.995, p < .001$), lo cual demuestra que existe cierto grado de relación de los ítems. En conclusión, ambos resultados permiten corroborar la pertinencia de emplear el AFE como técnica para analizar la estructura interna de la Escala de Calidad de Vida.

Luego, para determinar la cantidad de factores resultantes del análisis se empleó el método extracción de factores de mínimos cuadrados no ponderados, pues es el más apropiado cuando se evidencia ausencia de normalidad en los ítems, tal como se verificó con los datos obtenidos. Mediante el criterio de autovalores mayores a 1 se sugirió que cinco factores, que explicaron el 47.669 % de la varianza total, debían ser extraídos.

A fin de obtener una estructura interpretable en base a los cinco factores considerados, y para definir la pertenencia de los ítems a uno de dichos factores, se empleó una rotación oblicua (oblimin), ya que se asumen que al medir un mismo constructo presentan algún grado de relación. Para definir la pertenencia de un ítem a un determinado factor se ha tomado como consideración que (a) su carga factorial debe ser mayor a .30 y (b) que no presente cargas

compartidas en más de un factor (Tabachnick & Fidell, 2013). Cabe mencionar que, de acuerdo a dichas consideraciones, los ítems 6, 18 y 19 fueron excluidos del análisis.

Como se aprecia en la Tabla 2, el primer factor extraído contiene a los ítems de la dimensión Hogar y bienestar económico de la prueba original (ítems del 1 al 5) y sus cargas factoriales oscilan entre .54 y .84; el segundo factor extraído comprende a los ítems de la dimensión Vida familiar y familia extensa de la prueba original (ítems del 11 al 14) y presenta cargas factoriales comprendidas entre .65 y .87; el tercer factor extraído presenta los ítems de la dimensión Educación y Ocio de la versión original (ítem del 15 al 17) con cargas factoriales entre .30 y .81; el cuarto factor extraído se ha denominado Vecindario y Comunidad y contiene a los ítems 8 y 9 con cargas factoriales de .47 y .95 respectivamente; y, por último, el quinto factor extraído se ha denominado recreación y medios de comunicación y contiene a los ítems 7, 10, 20 y 21, cuyas cargas factoriales oscilan entre .20 y .59. En todos los casos se han obtenido saturaciones (cargas factoriales) aceptables en los factores ($> .30$), a excepción del ítem 10 que, sin embargo, se consideró apropiado mantenerlo pues su inclusión no afectaba la estimación de la confiabilidad.

Tabla 3

Matriz factorial de la Escala de Calidad de Vida

| | Factor | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|-------|-------|-------|
| | HBE | VFE | EO | VC | RMC |
| Hogar y Bienestar Económico 5 | .840 | | | | .303 |
| Hogar y Bienestar Económico 4 | .832 | | | | |
| Hogar y Bienestar Económico 3 | .664 | | | | .327 |
| Hogar y Bienestar Económico 1 | .643 | | | | |
| Hogar y Bienestar Económico 2 | .543 | | | | |
| Vida Familiar y Extensa 12 | | .874 | | | |
| Vida Familiar y Extensa 14 | | .835 | | | |
| Vida Familiar y Extensa 11 | | .764 | | | |
| Vida Familiar y Extensa 13 | | .649 | | | |
| Educación y Ocio 17 | | | .814 | | |
| Educación y Ocio 16 | | | .791 | | |
| Educación y Ocio 15 | | | .300 | | |
| Amigos, Vecindario y Comunidad 8 | | | | .945 | |
| Amigos, Vecindario y Comunidad 9 | | | | .472 | |
| Amigos, Vecindario y Comunidad 7 | | | | | .590 |
| Medios de Comunicación 21 | | | | | .408 |
| Medios de Comunicación 20 | | | | | .301 |
| Amigos, Vecindario y Comunidad 10 | | | | | .203 |
| Auto valor | 3.162 | 2.871 | 2.063 | 1.455 | 1.315 |
| % varianza explicada | 15.14% | 13.99% | 8.97% | 6.14% | 3.43% |

Nota: HBE = Hogar y Bienestar Económico; VFE = Vida Familiar y Extensa; EO = Educación y Ocio; VC = Vecindario y Comunidad; RMC = Recreación y Medios de Comunicación

En base a esta nueva estructura, se realizó un segundo análisis de la confiabilidad de las puntuaciones de las cinco subescalas obtenidas. Los factores que obtienen coeficientes de consistencia interna adecuados fueron: Hogar y bienestar económico ($\alpha = .824$); Vida familiar y familia extensa ($\alpha = .858$); Educación y ocio ($\alpha = .627$) y Vecindario y Comunidad ($\alpha = .609$, I.C. [95%] = .503, .692). Mientras que se obtuvo un valor mínimamente aceptable en la escala recreación y medios de comunicación ($\alpha = .386$, I.C. [95%] = .257, .528), ya que el límite superior del intervalo de confianza es mayor a .50 (Kline, 1998). Las correlaciones ítem-test para estas dos últimas dimensiones se consideran aceptables pues superan el valor mínimo de

.20 (ver Tabla 3), excepto el ítem 10 que, como se explicó líneas arriba, se decidió mantenerlo pues no afectaba la confiabilidad.

Tabla 4

Análisis de consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida (dimensiones redefinidas)

| Factor | alfa | Correlación | Ítem-Test |
|-------------------------------------|------|-------------|-----------|
| Vecindario y Comunidad | .627 | Ítem 8 | .448 |
| | | Ítem 9 | .448 |
| | | Ítem 7 | .283 |
| Recreación y Medios de Comunicación | .386 | Ítem 10 | .136 |
| | | Ítem 22 | .181 |
| | | Ítem 23 | .248 |

En conclusión, de acuerdo al análisis previo de la estructura interna y confiabilidad de las puntuaciones del instrumento, se apoya la decisión del AFE, de reagrupar los ítems y considerar solamente estas cinco dimensiones.

Escala de Orientación hacia la Vida – Revisada, LOT-R

Para llevar a cabo la recogida de datos se hará uso de la Escala de Orientación hacia la Vida – Revisada LOT-R; la cual fue elaborada por Scheier, Carver y Bridges (1994), con el objetivo de identificar las expectativas positivas y negativas.

Descripción General

El instrumento tiene una estructura de 10 ítems en escala Likert, cuyos valores de respuesta están entre 0 y 4 puntos, con las siguientes opciones de respuesta: *fuertemente en desacuerdo; en desacuerdo; neutro; de acuerdo; y fuertemente de acuerdo.*

El LOT-R es una medida muy breve y fácil de usar. De la totalidad de los ítems seis de ellos pretenden medir el optimismo disposicional, tres (3) de ellos redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres (3) en sentido negativo (dirección pesimismo); en tanto que los ítems restantes (2, 5, 6 y 8) son distractores. Cabe mencionar que se entiende por

optimismo disposicional a la forma en que una persona responde al enfrentarse a las situaciones, en donde puede responder de manera positiva, esperando buenos resultados, es decir, enfrentar la vida con una disposición positiva.

Debe indicarse además que seis de estos ítems evalúan la variable; los valores de tres de los reactivos se deben cambiar antes de contabilizar el puntaje total (3, 7, 9). En la interpretación de los valores, los puntajes más altos indican mayor optimismo.

La aplicación del instrumento se puede realizar de forma personal o grupal; la duración es de alrededor de 10 minutos.

Propiedades Psicométricas

El instrumento cuenta con validez predictiva, validez divergente/convergente y validez de constructo. En cuanto a la validez predictiva, los autores establecieron que este instrumento permite evaluar el grado de optimismo en las personas. En cuanto a la validez convergente y divergente, las asociaciones del LORT-R con mediciones del estado emocional y depresión se hallaron en la línea de lo esperado. Con una medida de estados de ánimo, el POMS de McNair, Lorr & Dopelmal se correlacionó negativamente con las subescalas: Ansiedad ($r = -.25$), Fatiga ($r = -.17$), Depresión ($R = -.40$), Cólera ($R = -.27$) y Confusión ($R = -.26$); y positivamente con las subescalas Vigor ($R = .37$) (Como se citó en Ferrando, Chico & Tous, 2002).

Sobre la validez de constructo, Scheier, Carver y Bridges (1994) estudiaron la validez del instrumento en una muestra de 2055 estudiantes de pregrado, entre varones y mujeres. Para ello aplicaron la técnica de rotación Varimax.

En otro estudio, Scheier, Carver y Bridges (1994), encontraron información sobre la validez Divergente/Convergente; en donde, con una muestra de estudiantes universitarios, verificaron que el LORT-R se correlacionó con una medida de ansiedad rasgo en $-.53$ y con dos medidas de neuroticismo en $-.43$ y $-.36$. En el mismo estudio se correlacionó con una Escala

de Autoestima ,50 y ,48 con una Escala de Autodominio. Con una medida de depresión, tuvo una correlación de - ,52.

Sobre la confiabilidad del instrumento, podemos indicar que fue determinada a partir del Coeficiente Alpha de Cronbach, cuyos rangos se ubican entre ,43 y ,63. También se utilizó el método test – retest, en donde se obtuvieron las siguientes correlaciones ,56 para 24 meses y ,79 luego de 28 meses. En conjunto, estos hallazgos sugieren que los puntajes son estables en el tiempo.

Validez y Confiabilidad en el Perú

Grimaldo (2004) estudió los parámetros de validez y confiabilidad para los puntajes de la Escala de Orientación hacia la Vida (LOT-R). La muestra estuvo conformada por 231 estudiantes varones y mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 25 años, de primer y segundo ciclo de psicología de una universidad particular de Lima.

En cuanto a la validez, los ítems (1, 3, 4, 9 y 10) alcanzaron correlaciones ítem-test superiores al criterio 0,30; con excepción del séptimo ítem (.24). Es probable que su baja correlación esté influenciada por las propiedades estadísticas de tal ítem que por la divergencia de su contenido respecto al puntaje total.

En cuando a las correlaciones ítem-test corregido y las correlaciones inter-ítem, el ítem 7 presenta algunas correlaciones no significativas (.081; .245; -.001; 1); y las demás correlaciones indican que los ítems guardan cohesión con la escala total.

Para la validez divergente se utilizó el Coeficiente r de Pearson, para establecer la relación lineal entre la Escala de Orientación hacia la Vida (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges, Escala de Satisfacción hacia la Vida de Diener y Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.

Se puede observar una baja correlación entre la Escala de Orientación hacia la Vida (LOT-R) y la Escala de Calidad de Vida, lo cual indica que estos constructos mantienen su

independencia, pues la correlación es igual a 0,137, siendo la relación baja entre ellas. De manera similar, con Escala de Satisfacción hacia la Vida de Diener, en donde se observa una baja correlación.

De esta manera, obtenemos evidencias de prueba respecto a la validez divergente de la Escala de Orientación hacia la Vida (LOT-R) con los otros instrumentos aplicados.

En cuanto a la confiabilidad, se determinó la consistencia interna del instrumento mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. En la Tabla 6 se aprecia que la confiabilidad para la muestra total fue de ,61; para la muestra de varones, fue ,68 y para las mujeres fue ,58. Aunque la confiabilidad en varones es más alta que la de las mujeres, estas diferencias, sin embargo, no son estadísticamente significativas.

La magnitud del coeficiente alfa está por debajo de ,070, valor que podría considerarse cuestionable. Sin embargo, dado el constructo que se evalúa, el nivel de especificidad se mantiene a bajo nivel (más general y global). Es así que la consistencia tiende a no ser alta, en constructos de esta naturaleza.

Normas

En su estudio normativo sobre el LOT-R, Scheier et. al (1994) obtuvieron una estructura factorial muy similar en hombres y en mujeres, y una fiabilidad de las puntuaciones estimada en .78.

Se podrá apreciar un ejemplar de los instrumentos en el Apéndice A y B.

2.4 Procedimiento

El procesamiento de los datos tuvo diferentes etapas, en primer lugar, se realizó la adaptación de los instrumentos de medición (criterio de 10 jueces). Los jueces eran psicólogos y asistentes sociales (atención a adultos mayores). Se sugirieron pequeños cambios de redacción, que se realizaron en los instrumentos empleados con la muestra. A nivel metodológico se hizo un estudio psicométrico previo al procesamiento de los resultados para

conocer las propiedades de validez y la confiabilidad de los resultados del instrumento en la muestra seleccionada (adultos mayores de zonas urbanas de Lima y Huaraz). La información sobre el análisis psicométrico se ha descrito, en detalle, en la sección de instrumentos.

En segundo lugar, se realizó el procesamiento estadístico respectivo, obteniendo las medidas de tendencia central y de dispersión, así como la asimetría de las variables estudiadas con su respectiva curtosis, de acuerdo a las diferentes características sociodemográficas de grupo (nuestra total; y género y lugar de residencia).

Finalmente, se procesaron los datos para poder realizar las correlaciones entre los diferentes grupos y subgrupos; así también realizar la correlación de variables y de los factores que conforman una de ellas (calidad de vida), con el fin de dar respuesta al problema de investigación, de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio.

2.5 Análisis de datos

Para el presente trabajo de investigación, se utilizaron estadísticos descriptivos, de tendencia central, de dispersión y de distribución para poder determinar las frecuencias y los porcentajes de los puntajes obtenidos en cada una de las variables medidas.

En cuanto al reporte de la propiedad psicométrica de los instrumentos administrados se mencionan evidencias de la confiabilidad y de la validez de constructo. Para las estimaciones de la confiabilidad, se utilizarán el procedimiento de consistencia interna. Se aplicó el coeficiente α (Cronbach, 1951) asumiendo un modelo equivalente tau entre los ítems; también se reportó la correlación inter-ítem promedio y el resumen de las correlaciones ítem-test. Se elaboraron intervalos de confianza, y comparaciones entre los coeficientes de confiabilidad estimados.

En cuanto a la validez de constructo, se evaluó la dimensionalidad de los instrumentos empleados, como parte de las evidencias basadas en validez factorial.

Para decidir la prueba de correlación a emplear (paramétrica o no paramétrica) se analizó la normalidad de los puntajes de cada una de las variables y sus respectivas dimensiones con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, por tratarse de una muestra superior a los 50 participantes. Del análisis de normalidad se obtuvo que todas las variables fueron estadísticamente significativas ($p < .05$). Esto indica que todas muestran una repartición que no se acerca a la normalidad. En conclusión, para responder al objetivo principal de la investigación, y en base a estos resultados, se empleó las pruebas no paramétricas de correlación *rho* de Spearman.

En el caso de las diferencias según género se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, ya que en el análisis previo de la normalidad no se evidenció el cumplimiento de este criterio para todas las variables en cada uno de los grupos a comparar ($p < .05$). Para analizar la magnitud de las diferencias halladas también se empleó el tamaño del efecto (r), tomando con criterios lo siguiente: 0.10, diferencias pequeñas; 0.30, diferencia moderada; 0.50, diferencia grande (Cohen, 1988).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivos y de normalidad

En la Tabla 5 se muestran los descriptivos correspondientes a la variable calidad de vida y sus cinco factores, así como de la variable optimismo. Como se observa, el cálculo de los puntajes de cada dimensión se realizó sumando el puntaje obtenido en cada ítem y dividiéndolo entre la cantidad de ítems de dicha dimensión, de esta forma los estadísticos descriptivos serían comparables entre sí. En las cinco dimensiones, se aprecia que no se abarcó todo el rango de posibles puntajes que varía entre 1 y 5, específicamente en el límite inferior, ya que todas superan el valor de 1. Por otra parte, se observa que los puntajes promedio en cada dimensión de calidad de vida y en optimismo han tendido a estar más cercanos al puntaje máximo (5), siendo la dimensión Educación y ocio la que ha obtenido el mayor puntaje promedio ($M = 4.0$); aunque en el caso de la dimensión Vecindario y Comunidad se observa una tendencia a puntajes más bajos ($M = 2.96$). La dispersión de los puntajes en las cinco dimensiones se puede considerar óptima y homogénea ($C.V. < 25\%$, Solanas, Salafranca, Fauquet & Núñez, 2005), lo cual significa que la mayoría de puntajes obtenidos por los participantes en las dimensiones de calidad de vida y en optimismo ha estado cercano al puntaje promedio de su respectiva dimensión. En cuanto a la asimetría el signo negativo indica la tendencia de los puntajes hacia el máximo posible, a excepción de Vecindario y Comunidad cuyo signo es positivo (tendencia a puntajes bajos); y el hecho de que los valores hayan sido cercanos a cero respaldan la poca variabilidad de los datos.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las dimensiones calidad de vida y optimismo

| Variable | Mínimo | Máximo | M | D.E. | C.V. | As. |
|---------------------------------|--------|--------|------|------|-------|-------|
| Calidad de Vida | 2.55 | 4.28 | 3.53 | 0.31 | 8.8% | 0.06 |
| Hogar y Bienestar Económico | 1.40 | 5 | 3.41 | 0.72 | 21.1% | -0.23 |
| Vida Familiar y Familia Extensa | 2 | 5 | 3.89 | 0.66 | 16.9% | -1.05 |
| Educación y Ocio | 2.33 | 5 | 4.00 | 0.61 | 15.3% | -0.26 |
| Vecindario y Comunidad | 1 | 5 | 2.96 | 0.67 | 22.6% | 0.28 |
| Recreación y M. C. | 2 | 4.5 | 3.39 | 0.44 | 12.9% | -0.23 |
| Optimismo | 1.67 | 4 | 3.37 | 0.52 | 15.4% | -0.81 |

Nota: M = media; D.E. = desviación estándar; C.V. = coeficiente de variación; As. = asimetría

Para decidir la prueba de correlación a emplear (paramétrica o no paramétrica) se analizó la normalidad de los puntajes de cada una de las variables y sus respectivas dimensiones. Para ello se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, por tratarse de una muestra superior a los 50 participantes (ver Tabla 6). Del análisis de normalidad se obtuvo que todas las variables fueron estadísticamente significativas ($p < .05$). Esto indica que todas muestra una distribución que no se aproxima a la normalidad. En conclusión, para responder al objetivo principal de la investigación, y en base a estos resultados, se emplearon las pruebas no paramétricas de correlación *rho* de Spearman.

Tabla 6

Análisis de normalidad de las dimensiones calidad de vida y optimismo

| Variable | K-S | gl | p |
|---------------------------------|------|-----|--------|
| Calidad de Vida | 0.07 | | .001 |
| Hogar y Bienestar Económico | 0.11 | | < .001 |
| Vida Familiar y Familia Extensa | 0.21 | | < .001 |
| Educación y Ocio | 0.12 | 272 | < .001 |
| Vecindario y Comunidad | 0.22 | | < .001 |
| Recreación y M. C. | 0.14 | | < .001 |
| Optimismo | 0.19 | | < .001 |

Nota: K-S = prueba de Kolomogorov-Smirnov; gl = grados de libertad

3.4 Análisis correlacional

Las correlaciones obtenidas en el análisis permiten indicar que existe una relación positiva y estadísticamente significativa, aunque de magnitud baja (Cohen, 1988), entre la calidad de vida y el optimismo ($rho = .20, p < .001$) en la muestra de adultos mayores. Al estudiar la relación entre optimismo con las dimensiones de calidad de vida se obtuvieron también correlaciones positivas, estadísticamente significativas y de magnitud baja con Hogar y bienestar económico ($rho = .17, p < .01$), Educación y ocio ($rho = .13, p < .05$) y Vecindario y Comunidad ($rho = .19, p < .01$), lo cual está en la línea de lo esperado. Como se observa en la Tabla 7, la dimensión de Vecindario y Comunidad es la que mayor grado de asociación tiene con optimismo en la muestra total evaluada.

Estos resultados reflejan que los aspectos que marcan una mayor percepción de satisfacción con la seguridad en el lugar donde viven, así como con las comodidades que perciben en el lugar que tienen como hogar y con la disposición para hacer uso de su tiempo libre, están asociados a un mayor grado de optimismo frente a la vida, en la muestra de adultos mayores.

Tabla 7

Matriz de correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo

| VARIABLES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------------|-------|-------|------|------|-------|------|------|---|
| 1. Optimismo | 1 | | | | | | | |
| 2. Calidad Vida | .20** | 1 | | | | | | |
| 3. HBE | .17** | .72** | 1 | | | | | |
| 4. VFE | .005 | .40** | -.03 | 1 | | | | |
| 5. EO | .13* | .48** | .14* | .06 | 1 | | | |
| 6. VC | .19** | .33** | .09 | .05 | .09 | 1 | | |
| 7. RMC | .10 | .46** | .17* | .02 | .23** | .09 | 1 | |
| 8. Edad | -.09 | .02 | .008 | .14* | -.07* | -.09 | -.02 | 1 |

Nota: HBE = Hogar y Bienestar Económico; VFE = Vida Familiar y Familia Extensa; EO = Educación y Ocio; VC = Vecindario y Comunidad; RMC = Recreación y Medios de Comunicación

** $p < .01$ (una cola)

* $p < .05$ (una cola)

Análisis correlacional según sexo. Adicionalmente para explorar si la variable sexo diferenciaba la relación entre ambas variables se procedió a realizar un análisis comparativo de correlaciones. En la Tabla 8 se muestra la matriz de correlaciones, para el grupo de adultos mayores (hombres y mujeres), entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo, así como con la variable demográficas de edad.

Tabla 8

Matriz de correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo según sexo

| Variables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|-----------------|------|-------|-------|-------|------|-------|--------|------|
| 1. Optimismo | - | .19* | .11 | .007 | .09 | .27* | .09 | -.17 |
| 2. Calidad Vida | .22* | - | .75** | .29** | .45* | .24** | .49** | -.06 |
| 3. HBE | .21* | .68** | - | -.09 | .16 | .06 | .15 | -.07 |
| 4. VFE | .009 | .48** | .01 | - | -.03 | -.03 | .03 | .14 |
| 5. EO | .16 | .50** | .11 | .12 | - | .10 | .26** | -.05 |
| 6. VC | .12 | .43* | .13 | .13 | .11 | - | .02 | -.15 |
| 7. RMC | .12 | .44* | .18* | -.003 | .21* | .19** | - | -.02 |
| 8. Edad | -.03 | .09 | .09 | .14 | -.10 | -.05 | -.02** | - |

Nota: Se presentan los coeficientes de correlación para los hombres (n = 131) en la parte superior de la diagonal y para las mujeres (n = 141) en la parte inferior. HBE = Hogar y Bienestar Económico; VFE = Vida Familiar y Familia Extensa; EO = Educación y Ocio; VC = Vecindario y Comunidad; RMC = Recreación y Medios de Comunicación

** $p < .01$ (una cola)

* $p < .05$ (una cola)

De los resultados de las correlaciones en el grupo según género de la Tabla 8, a continuación, se resaltan, en particular, las siguientes comparaciones de correlaciones en donde se observan a nivel descriptivo ciertas diferencias en las magnitudes de los coeficientes. Adicionalmente estas correlaciones fueron sometidas a una prueba de hipótesis de comparación de correlaciones, así como al cálculo del tamaño del efecto (q de Cohen), tomando como referencias los siguientes valores: 0.10, diferencias pequeñas; 0.30, diferencia moderada; 0.50, diferencia grande (Cohen, 1988).

En cuanto a la comparación entre la relación entre la dimensión de calidad de vida Hogar y bienestar económico y el optimismo (ver Tabla 9) se demuestra que para las mujeres hay un mayor grado de relación con el optimismo, aunque estas diferencias no fueron significativas, su tamaño del efecto ha sido pequeño.

Tabla 9

Comparación de correlaciones

| Variable | Optimismo | | p | q |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----|-----|
| | Hombres ($n = 131$) | Mujeres ($n = 41$) | | |
| Hogar y Bienestar Económico | .11 | .21 | .25 | .10 |
| Vecindario y Comunidad | .27 | .12 | .10 | .16 |

Nota: $q = q$ de Cohen (tamaño del efecto)

Asimismo, se observa que la relación entre la dimensión de Vecindario y Comunidad y el optimismo es mayor en el grupo de los hombres en comparación con las mujeres, aunque esta diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa, la magnitud de dicha diferencia ha sido pequeña (ver Tabla 9).

Estos resultados indican que se pueden apreciar pequeñas diferencias según el sexo de los participantes con respecto al grado de asociación entre el optimismo y las dimensiones de Hogar y bienestar económico y Vecindario y Comunidad. En el caso de las mujeres el grado

de optimismo está más relacionado con su satisfacción a las comodidades de hogar donde vive; mientras que para los varones su grado de optimismo estará más asociado a su satisfacción con la seguridad y entorno de la comunidad donde vive.

3.5 Análisis comparativos según variables sociodemográficas

Por último, se realizaron análisis comparativos entre las dimensiones de calidad de vida y el optimismo según las variables sociodemográficas de sexo y lugar de procedencia.

En el caso de las diferencias según género se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, ya que en el análisis previo de la normalidad no se evidenció el cumplimiento de este criterio para todas las variables en cada uno de los grupos a comparar ($p < .05$). Para analizar la magnitud de las diferencias halladas también se empleó el tamaño del efecto (r), tomando con criterios lo siguiente: 0.10, diferencias pequeñas; 0.30, diferencia moderada; 0.50, diferencia grande (Cohen, 1988).

Tal como se aprecia en la Tabla 10, al comparar las variables de calidad de vida y el optimismo según el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p > .05$). Y solamente se encontraron pequeñas diferencias en las dimensiones Hogar y bienestar económico y Vecindario y Comunidad, en el primer caso las mujeres obtuvieron puntajes mayores, mientras que en el segundo caso fueron los hombres los que puntuaron más alto.

Tabla 10

Análisis comparativo entre las dimensiones de calidad de vida y optimismo según género

| Variable | Género | | U | Z | p | r |
|--------------|-------------------|-------------------|--------|-------|-----|------|
| | Hombres M (DE) | Mujeres M (DE) | | | | |
| Optimismo | 3.39 (0.52) | 3.35 (0.52) | 8920.5 | -0.50 | .62 | 0.03 |
| Calidad Vida | 3.53 (0.30) | 3.59 (0.34) | 8232.0 | -1.55 | .12 | 0.09 |
| HBE | 3.32 (0.74) | 3.50 (0.70) | 8001.0 | -1.92 | .06 | 0.12 |
| VFE | 3.89 (0.62) | 3.89 (0.70) | 8985.0 | -0.39 | .70 | 0.02 |
| EO | 3.98 (0.59) | 4.02 (0.62) | 8868.0 | -0.58 | .57 | 0.04 |
| VC | 3.03 (0.67) | 2.88 (0.67) | 8140.0 | -1.77 | .08 | 0.11 |
| RMC | 3.36 (0.45) | 3.41 (0.43) | 8591.0 | -1.01 | .31 | 0.06 |

Nota: r= tamaño del efecto; HBE = Hogar y Bienestar Económico; VFE = Vida Familiar y Familia Extensa; EO = Educación y Ocio; VC = Vecindario y Comunidad; RMC = Recreación y Medios de Comunicación

Finalmente, en el caso de las diferencias según el centro de procedencia también se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, ya que en el análisis previo de la normalidad no se evidenció el cumplimiento de este criterio para todas las variables en cada uno de los grupos a comparar ($p < .05$).

Tal como se aprecia en la Tabla 11, al comparar las variables de calidad de vida y el optimismo según el centro de procedencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable optimismo y calidad de vida ($p < .05$), así como en todas sus dimensiones a excepción de Vida familiar y familia extensa. De dichas diferencias se encontraron magnitudes altas en las variables calidad de vida, así como en las dimensiones educación y ocio y, recreación y medios de comunicación, presentando en los tres casos mayores puntajes el grupo de adultos mayores ubicados en Lima (Comas) en comparación de los adultos mayores de provincia (Huaraz). Además, se encontraron diferencias entre moderadas y pequeñas en las dimensiones de Hogar y bienestar económico, Vecindario y Comunidad y en la variable optimismo; de igual forma, en los tres casos, quienes presentaron puntajes mayores fueron los adultos mayores de Lima, en comparación de los de Huaraz.

Tabla 11

Análisis comparativo entre las dimensiones de calidad de vida y optimismo según centro de procedencia

| Variable | Centro de procedencia | | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> | <i>r</i> |
|--------------|-----------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|
| | Comas M (DE) | Huaraz M (DE) | | | | |
| Optimismo | 3.45 (0.53) | 3.19 (0.44) | 5196.5 | -4.62 | <.001 | 0.28 |
| Calidad Vida | 3.66 (0.33) | 3.33 (0.16) | 2869.0 | -8.40 | <.001 | 0.51 |
| HBE | 3.55 (0.81) | 3.11 (0.33) | 4464.5 | -5.76 | <.001 | 0.35 |
| VFE | 3.83 (0.76) | 4.02 (0.32) | 7282.0 | -1.04 | .30 | 0.06 |
| EO | 4.20 (0.60) | 3.58 (0.36) | 2730.0 | -8.73 | <.001 | 0.53 |
| VC | 3.04 (0.74) | 2.76 (0.44) | 5767.0 | -3.72 | <.001 | 0.23 |
| RMC | 3.53 (0.37) | 3.04 (0.36) | 2665.0 | -8.86 | <.001 | 0.54 |

Nota: r= tamaño del efecto; HBE = Hogar y Bienestar Económico; VFE = Vida Familiar y Familia Extensa; EO = Educación y Ocio; VC = Vecindario y Comunidad; RMC = Recreación y Medios de Comunicación

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito, examinar las relaciones entre la calidad de vida y el optimismo en adultos mayores de las ciudades de Huaraz y Lima. Los resultados dan sostenibilidad sobre las relaciones entre el optimismo y la calidad de vida. Considerando las dimensiones que se integran en la calidad de vida, éstas demostraron diferentes magnitudes y grados de asociación con el optimismo a excepción de las dimensiones de vida familiar y familia extensa y, recreación y medios de comunicación las cuales no demostraron relación con el optimismo. Asimismo, las variables de estudio no demostraron relaciones con la edad, en cuanto a las diferencias según el género no se encontraron diferencias y en el caso de la ciudad de procedencia, se halló que los participantes provenientes de Lima tenían mayores niveles de calidad de vida y optimismo en contraste con los adultos mayores procedentes de Huaraz.

Como fase previa al propósito principal de estudio se examinaron las propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de Vida dando evidencia de su validez según su estructura interna a través del análisis factorial exploratorio se encontró una reducción de dimensiones (religión y salud) debido a la presencia de bajas cargas factoriales además de coeficientes bajos de confiabilidad. Retirando dichas dimensiones, las cargas factoriales mejoraron considerablemente al igual que la confiabilidad, considerando para el presente estudio, una versión de cinco dimensiones para la evaluación de la calidad de vida.

La necesidad de evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento de medición es requerible cuando no presentan evidencia de su exploración en contexto o muestras diferenciadas a las del estudio original de validación (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement Education [AERA, APA; NCME], 2014). En el caso de la Escala de Calidad de Vida fue

examinada su validez de estructura interna en estudiantes universitarios a través de un análisis exploratorio modificando la cantidad, proponiendo una versión de 24 ítems que se integraron en 7 dimensiones. Dado que los contextos son diferentes en cuanto a universitarios y ancianos, primó la necesidad de explorar las características psicométricas de este instrumento en dicha muestra encontrando otra adecuación psicométrica, lo que supone la necesidad de continuar explorando factorialmente la Escala de Calidad de Vida en futuros estudios.

Referente al propósito principal de estudio, la hipótesis de investigación sobre el conocimiento de las relaciones entre la calidad de vida y el optimismo se confirma y va en convergencia con otros reportes de investigación (Graham et al., 2014; Mazanec et al., 2011; Vilhena et al., 2014). El interés de examinar la calidad de vida en adultos mayores es relevante debido a que durante este periodo de desarrollo son ellos quienes requieren de una mayor atención y cuidado con respecto a su salud y bienestar especialmente quienes se encuentran en albergues en el Perú dadas las condiciones que requieren afrontar y que se relacionan con el autocuidado, el distanciamiento con los familiares y la adaptabilidad a un contexto nuevo. Desde esa perspectiva, la inclusión del optimismo como una variable de asociación permitirá conocer si precisamente en adultos mayores puede considerarse como fuente de bienestar y sea considerada en estudios que tengan variables que posibiliten el incremento de la calidad de vida.

Se tiene conocimiento que el optimismo es un recurso para las personas pues sus niveles elevados posibilitan que la persona sea capaz de incrementar su bienestar además de afrontar eventos difíciles de la vida (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Desde esta perspectiva, está demostrado que en adultos mayores el nivel elevado de optimismo aporta a consecuencia del bienestar relacionados al envejecimiento saludable (Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2010), el afecto positivo (Ramírez-Fernández, Ortega-Martínez, & Calero-García, 2019) y bienestar general (Ferguson & Goodwin, 2010).

Desde otra perspectiva, un elevado nivel de optimismo en personas adultas les permite afrontar las experiencias estresoras del día a día (Bretherton & McLean, 2014; Smith, Young, & Lee, 2004) reducen la incidencia del deterioro cognitivo (Gawronski, Kin, Langa, & Kubzansky, 2016) y de la depresión (Salces-Cubero, Ramírez-Fernández, & Ortega-Martínez, 2019). Por tanto, una de las sugerencias en el estudio del optimismo en adultos mayores es el conocimiento sobre sus relaciones con aquellos factores de riesgo que los tornan vulnerables a experiencias negativas para que de esta manera, se conozca su papel de variable protectora (moderadora) en el proceso de adaptabilidad de este grupo etario.

Debe reconocerse entonces la importancia del papel del optimismo. Ello implica que se deba reforzar a través de medidas interventivas en los adultos mayores de albergues para que sean capaces de tener recursos importantes para su vida diaria, especialmente por ser ellos una muestra sensible que se encuentra a experiencias negativas como es el abandono de los familiares, la falta de recursos económicos o problemas en cuanto a su autocuidado.

Si bien la muestra del estudio se extrajo de centros de adulto mayor, en donde las personas de la llamada tercera edad no pernoctan, muchas veces viven las mismas situaciones de falta de soporte social y falta de atención de los familiares que aquellos que se encuentran en un albergue permanente.

En cuanto a las asociaciones de forma específica, el optimismo se asoció con las dimensiones de la calidad de vida relacionadas al hogar y bienestar económico, al vecindario y la comunidad y, la educación y el ocio. Referente a la dimensión de hogar y bienestar económico, esta se encuentra relacionada con la autopercepción de la persona en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades en el hogar. Además de la satisfacción que tiene con respecto al cuidado instrumental que recibe por parte de su familia. En pacientes clínicos, se ha demostrado que el optimismo logra asociarse con el sentido de responsabilidad que tiene para con sus actividades diarias, sin embargo, en presencia de complicaciones con su salud, las

asociaciones disminuyen siendo espurias (Jaworski & Adamus, 2015). Puede asumirse entonces que los adultos mayores con elevado optimismo pueden denotar mayor grado de responsabilidad para realizar sus actividades en el hogar o lugar donde habiten, sin embargo, en presencia de complicaciones médicas esto podría verse reducido.

Asimismo, el estudio demostró las relaciones entre el cuidado instrumental de las familias (bienestar económico) y el optimismo. Las familias cuando mantienen una adecuada interacción con el personal médico, incrementan en su optimismo y brindan mayor cuidado al paciente mejorando en este último su bienestar (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005). La familia cumple un eje medular en el bienestar de los adultos institucionalizados y pareciera ser que el cuidado que ameritan brindar requiere ser integral no sólo enfocándose en la expresión afectiva sino también basado en el cuidado de sus condiciones básicas. En algunos casos se ha demostrado que los adultos mayores con un elevado optimismo son capaces de atenuar las críticas de la familia reduciendo la sintomatología depresiva (Hirsch, Walker, Wilkinson, Lyness, 2015).

El optimismo también demostró tener asociación con la dimensión de amigos, vecindario y comunidad. Referente a las amistades, son necesarias para las personas, sentirse a gusto con ellas puede propiciar una mejora en su bienestar tanto psicológico y físico (McConnell, Brown, Shoda, Stayton, & Martin, 2011). En personas adultas, las intervenciones basadas en el apoyo social han permitido que dejen de lado su aislamiento y se sientan más a gusto consigo mismas (Dickens, Richards, Greaves, & Campbell, 2011). Referente al optimismo, las personas que evalúan positivamente el futuro y suelen planificar metas son capaces de obtener mejores recursos para sentirse satisfechas con las amistades que los rodean (Ho, Cheung, & Cheung, 2010).

Por último, el optimismo demostró asociación con la dimensión de educación y ocio. Sobre la relación entre la educación y el ocio, la idea de seguir siendo útil, de seguir aportando,

pero poder ayudar, aprender o de invertir mi tiempo en actividades productivas, generan un sentimiento de bienestar. Esta ideología es importante en todo ámbito de vida y en cualquier etapa de desarrollo de las personas, incluyendo en adultos mayores (Gellert, 2017). De esta manera, los adultos mayores pueden sentirse útiles a la sociedad si se encuentran en un proceso de aprendizaje, generando confort y mirar el futuro con esperanza. Sobre el ocio está involucrado con el desarrollo personal en personas adultas se ha demostrado que el ocio es una fuente de optimismo (Heo, Chun, Kin, Ryu, & Lee, 2017), esta situación explica entonces que en la medida que los adultos mayores experimenten ocio dentro de sus actividades, esto incrementará sus expectativas positivas de vida, sintiéndose a gusto con ella.

Los adultos mayores parecen sentirse optimistas de avanzar con sus actividades laborales considerando su grado instructivo que actualmente poseen. El optimismo también aporta en la satisfacción sobre el tiempo libre que poseen. Muchos de los adultos mayores (según el último censo) siguen siendo cabeza de familia, por lo cual, su percepción de “utilidad” a la sociedad y a sus propias familias influye en su actividad y autopercepción.

Conclusiones

En cuanto a las conclusiones del estudio, podemos señalar las siguientes:

- Sobre el análisis psicométrico realizado a las pruebas se concluye que la Escala de Calidad de Vida se reagrupó en 5 dimensiones (Hogar y bienestar económico, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, y Vecindario y Comunidad), de acuerdo a los resultados obtenidos a través del análisis de la consistencia interna y un posterior análisis factorial exploratorio. Mientras que en el caso del LOT-R, el coeficiente alfa fue mínimamente aceptable para los ítems redactados en positivo, por lo que para fines de esta investigación se puede trabajar con el puntaje de dicha variable.

- En cuanto a los resultados de los análisis de las correlaciones y comparaciones se concluye que los resultados respaldan la sostenibilidad de la relación entre calidad de vida y optimismo en adultos mayores procedentes de Lima y Huaraz.
- Asimismo, el análisis de las dimensiones de calidad de vida demostró asociación con el optimismo exceptuando las dimensiones de Vida familiar y familia extensa y, recreación y medios de comunicación.
- No se demostraron diferencias en cuanto al género. Sin embargo, se encontró que los adultos mayores provenientes de Lima presentan mayores niveles de calidad de vida y de optimismo, respecto de los de Huaraz.

En relación con las limitaciones del estudio, los resultados merecen ser interpretados considerando a los participantes con similares características sociodemográficas consideradas en el presente estudio no acreditando la generabilidad de resultados debido a la poca cantidad muestral y la elección del muestreo (no probabilístico). El estudio, como propósito principal responde al conocimiento de la asociación entre variables (optimismo y calidad de vida), pero no establece un diseño más complejo como el de predicción (Ato, López, & Benavente, 2013). En cuanto al grado de diferencias no fueron evaluadas otras características sociodemográficas como, por el ejemplo, el tipo de familia o la condición socioeconómica y esto deberá ser superado en futuros estudios. Finalmente, se puede mencionar como una limitación la proporción de la muestra (Lima/Huaraz), en donde la muestra de Huaraz es bastante menor que la de Lima.

Recomendaciones

Por último, en cuanto a las recomendaciones del estudio, dado que la escala de calidad de vida en muestra peruana presenta resultados psicométricamente robustos en estudiantes universitarios (Grimaldo, Correa, Sánchez, Cirilo, & Aguirre, 2020) pero todavía no presenta resultados concretos en el escenario de adultos peruanos, por lo que es necesario replicar esta

característica de análisis y que sea complementado con análisis más rigurosos como el análisis factorial confirmatorio, además necesario agregar una mayor cantidad muestral y que involucre más estratos socioculturales para conocer sus potenciales diferencias. Asimismo, es necesario integrar otras variables de estudio que evalúen el aspecto social (e. g., apoyo social) o la inclusión de variables relacionadas a los factores de riesgos (e. g., estresores diarios). Finalmente, se sugiere ampliar las características de la muestra de estudio a fin de abarcar una mayor representatividad de este grupo etario, por ejemplo: la empleabilidad.

REFERENCIAS

- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Recuperado el 28 de setiembre del 2007, del sitio Web <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/9260/lc11656p.pdf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una visión integradora. *Revista latinoamericana de Psicología*; 35(2), 161-164. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80535203.pdf>
- Auerbach, S. M., Kielser, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14; 202-210. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2005.14.3.202>
- Bretherton, S. J., & McLean, L. A. (2014). Interrelations of stress, optimism and control in older people's psychological adjustment. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2), 103–108. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12138>
- Bulnes, M. (1999). Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. *Revista de Psicología UNMSM*, 2(2); 99-113. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4903>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Cohen, J., (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Concha, C.; Dittus, P.; Montesinos, A.; Pandolfi, M. & Perfetti, R. (1999). *Optimismo*. Recuperado de <http://apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociOptimismo>
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 7(1), 83-96.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Diener, E. (1984). Subjective WellBeing. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- El Peruano. (2006). Ley de las personas adultas (Ley No. 28803).
- Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and Well-Being in Older Adults: The Mediating Role of Social Support and Perceived Control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(1), 43–68. <http://dx.doi.org/10.2190/ag.71.1.c>
- Ferrando, J. P. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Ferrando, P.; Chico, E. & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 3, 673-680. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=782>
- Gallegos, K.; Durán, J.; López, L. & López, M. (2003). Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Revista de investigación clínica*, 55(3) 260-269. Recuperado de <http://www.insp.mx/Portal/produccion/pdfs/72.pdf>
- García, A. y Díaz, J. (2010). Relación entre optimismo/pesimismo disposicional, rendimiento y edad en jugadores de fútbol de competición. *Revista de Iberoamérica de Psicología*

- del Ejercicio y el Deporte* 5(1); 45-60. Recuperado de <http://www.webs.ulpgc.es/riped/docs/20100103.pdf>
- García, M. (2005). *Teoría del Envejecimiento*. Recuperado el 24 de abril del 2008, de: <http://casapia.com/informaciones/Envejecimiento-Calidad-De-Vida/Teorias-Sobre-El-Envejecimiento.htm>
- Gawronski, K. A., Kim, E. S., Langa, K. M., & Kubzansky, L. D. (2016). Dispositional optimism and incidence of cognitive impairment in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 78, 819– 828. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000345>
- Gellert, P. K. (2015). Optimism and education: the new ideology of development in Indonesia. *Journal of Contemporary Asia*, 45(3), 371-393. <http://dx.doi.org/10.1080/00472336.2014.978352>
- González Zúñiga, C. (2004). La Psicología Positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit*, 10, 10, 82-89.
- Graham, C. D., Weinman, J., Sadjadi, R., Chalder, T., Petty, R., Hanna, M. G., ... Rose, M. R. (2013). A multicenter postal survey investigating the contribution of illness perceptions, coping and optimism to quality of life and mood in adults with muscle disease. *Clinical Rehabilitation*, 28(5), 508–519. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215513511340>
- Grimaldo, M. (2003). *Manual Técnico de la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes: adaptación*. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una Universidad Particular de la Ciudad de Lima. *Liberabit*, 10, 97-107.
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit* 17(2), 173-185. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200007&script=sci_arttext

- Guillen J., Castro J., García F. & Guillén M. (1997). *Calidad de vida salud y ejercicio físico*. Madrid, España: Dossier
- Ham, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38(6), 409-418. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10638603.pdf>
- Heo, J., Chun, S., Kim, B., Ryu, J., & Lee, Y. (2017). Leisure activities, optimism, and personal growth among the young-old, old-old, and oldest-old. *Educational Gerontology*, 43(6), 289–299. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2017.1289457>
- Hirsch, J. K., Walker, K. L., Wilkinson, R. B., & Lyness, J. M. (2014). Family Criticism and Depressive Symptoms in Older Adult Primary Care Patients: Optimism and Pessimism as Moderators. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 632–635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.008>
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 658–663. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.008>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2006). *Características demográficas y socioeconómicas de la población*. Recuperado de <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0078/S02.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2015). *Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas*. <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
- Jaworski, M., & Adamus, M. M. (2015). Health suggestibility, optimism and sense of responsibility for health in diabetic patients. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 36(3), 290–294. <http://dx.doi.org/10.1007/s13410-015-0435-8>

- Kline, P. (1986). *A Handbook of Test construction: Introduction to psychometric design*. London: Methuen.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2018). The Role of Optimism, Social Constraints, Coping, and Cognitive Processing in Psychosocial Adjustment Among Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9555-x>
- Kraai, I. H., Vermeulen, K. M., Hillege, H. L., Jaarsma, T., & Hoekstra, T. (2017). Optimism and quality of life in patients with heart failure. *Palliative and Supportive Care*, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1017/s1478951517001055>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López, A.; Kasanzew, A. y López, M. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Ciencias Psicológicas* 1(2), 179-188. http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:eZdnSCSYv9cJ:scholar.google.com/+optimismo,+Modelo+de+Autorregulaci%C3%B3n+de+la+Conducta+de+Scheier+y+Carver&hl=es&as_sdt=0
- Mastrantonio, M. & Corduras, O. (2020) Actividad Física y Calidad de Vida Percibida en usuarios de Centros Deportivos Públicos de Terrassa. *Retos*, 37, 427-433
- Marín, P. (1993). *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor*. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Martínez, J., & Calvo, Á. (2014). Calidad de vida percibida y su relación con la práctica de actividad física en el ámbito laboral. Un estudio piloto. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, 25, 53-57.
- Martínez-Correa, A; Reyes Del Paso, G.; García-León, A. & González-Jareño, M. (2006). Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 18(1), 66-72. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3177>
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Lipson, A. R. (2010). The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235–243. <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0b013e3181c7fa80>
- McConnell, A. R., Brown, C. M., Shoda, T. M., Stayton, L. E., & Martin, C. E. (2011). Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1239–1252. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024506>
- Grimaldo, M., Correa, J. D., Jara, D., Cirilo, I. B., & Aguirre, M. T. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de vida de Olson y Barnes en estudiantes limeños (ECVOB). *Health and Addictions: salud y drogas*, 20; 145-156. <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v20i2.545>
- Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. & Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. Recuperado de: http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_019.pdf
- Morales J., Blanco A., Huie, C. & Fernández J. (1985). *Psicología Social*. Madrid, España: Desclee de Bower
- More, M (1998). *Dynamic Optimism: an extropian cognitive-emotional virtue*. Recuperado de: <http://www.maxmore.com/optimism.htm>

- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra; autor.
Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Esperanza de Vida*. En:
<http://www.who.int/countries/per/es/>
- Ortiz, R. y Tapia, L. (2013). *Apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María.
- Palomar, J.; Victorio, A. y Matus, G. (2011). Sentido del Humos y optimismo, un estudio de validación. *International Journal of Psychology*, 45(2), 123-132.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28422741003.pdf>
- Pérez de Cabral, C. (1992). *La Calidad de Vida de la Persona*. República Dominicana: PUCMIM
- Ramírez, M. (2000). *Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio*. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ramírez-Fernández, E., Ortega-Martínez, A.-R., & Calero-García, M.-J. (2018). Optimism as a mediator between resilience and affective states in older adults / El optimismo como mediador entre la resiliencia y estados afectivos en adultos mayores. *Estudios de Psicología*, 30, 1–19. <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2018.1486360>
- Ravello, I. (2018). *Apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Lima, Perú: Universidad Autónoma del Perú.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. México DF, México: Síntesis

- Scheier, M. & Carver, C. (1992). Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2001-228.
- Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism and (Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): a reevaluation of life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1063-1078.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enfermería* 9(2), 9-21. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso
- Seligman, M. (2004). *Aprenda optimismo*. Barcelona, España: Debolsillo.
- Smith N, Young A, Lee C. (2004). Optimism, health-related hardiness and wellbeing among older Australian women. *Journal of Health Psychology* 9; 741–752
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th.ed.). Nueva Jersey: Pearson.
- Trujillo, S.; Tovar, C. & Lozano, M. (2007). El anciano conformista ¿un optimista con experiencia?: Resonancias de una investigación sobre lo psicológico en la calidad de vida con personas mayores en Soacha y Sibaté. *Universitas Psychological* 6(2), 263-268. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000200006
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71 <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Valera, L.; Chávez, H.; Herrera, A.; Ortiz, P. y Chigne, O. (2004). Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Revista Diagnóstico*, 43, 2.

Recuperado en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>

Vargas, C. y Vargas L. (2017). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Vera-Villaruel, P., Valtierra, A., & Contreras, D. (2016). Affectivity as mediator of the relation between optimism and quality of life in men who have sex with men with HIV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 256–265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.001>

Vilhena, E., País-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., ... Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 60(4), 373–380. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.017>

Zimmermann M. (1998). *Psicología Ambiental y Calidad de Vida*. Bogotá, Colombia: ECOE.

Zuna, N., Summers, J. A., Turnbull, A. P., Hu, X., & Xu, S. (2010). Theorizing About Family Quality of Life. *Social Indicators Research Series*, 241–278. http://dx.doi.org/10.1007/978-90-481-9650-0_15

ANEXOS

APÉNDICE A

Consentimiento Informado

Estimado(a):

El propósito de este documento es darle una clara explicación de la naturaleza de este estudio, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Claudia González Zúñiga Godoy, y tiene como propósito evaluar aspectos relacionados a sus pensamientos, sentimientos y conductas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder dos cuestionarios cortos. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los fines de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar al mail: claudiagzg@gmail.com.

Desde ya le agradecemos su participación.

Luego de haber leído este documento, he comprendido que la participación es voluntaria y confidencial, y que mis respuestas a los dos instrumentos serán utilizadas con fines estrictamente académicos. Por lo cual,

- Acepto participar en el estudio
- No acepto participar en el estudio

Firma del participante

Instrumentos de Medición

APÉNDICE B
CUESTIONARIO 1

Género: _____
 Edad: _____
 Estado Civil: _____
 Ocupación: _____

Lugar de Nacimiento: _____
 Grado de Instrucción: _____
 Lugar de Residencia: _____
 Fecha: _____

Instrucciones

A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

| Qué tan satisfecho está con: | ESCALA DE RESPUESTAS | | | | |
|---|----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | Insatisfecho | Un poco satisfecho | Más o menos satisfecho | Bastante satisfecho | Completamente satisfecho |
| HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO | | | | | |
| 1. Las condiciones de su vivienda. | | | | | |
| 2. Sus responsabilidades en la casa. | | | | | |
| 3. La capacidad de su familia para satisfacer sus necesidades básicas (salud, alimentación, vivienda...). | | | | | |
| 4. La capacidad de su familia para brindarle lujos. | | | | | |
| 5. La cantidad de dinero que dispone para gastar. | | | | | |
| AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD | | | | | |
| 6. Sus amigos o compañeros. | | | | | |
| 7. Las facilidades para realizar compras en su vecindario o comunidad. | | | | | |
| 8. La seguridad que existe en su vecindario. | | | | | |
| 9. El barrio o vecindario donde vive. | | | | | |
| 10. Las facilidades para recrearse (parque, plazas, clubes, etc.). | | | | | |

| Qué tan satisfecho está con: | ESCALA DE RESPUESTAS | | | | |
|---|----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | Insatisfecho | Un poco satisfecho | Más o menos satisfecho | Bastante satisfecho | Completamente satisfecho |
| VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA | | | | | |
| 11. Su familia. | | | | | |
| 12. Sus hermanos. | | | | | |
| 13. El número de hijos que tiene. | | | | | |
| 14. La relación con sus parientes (hijos, nietos, hermanos, primos, sobrinos...). | | | | | |
| EDUCACIÓN Y OCIO | | | | | |
| 15. Su actual grado de instrucción. | | | | | |
| 16. La cantidad de tiempo libre que tiene. | | | | | |
| 17. La forma como usa su tiempo libre. | | | | | |
| MEDIOS DE COMUNICACIÓN | | | | | |
| 18. La cantidad de tiempo que su familia pasa viendo televisión. | | | | | |
| 19. La calidad de los programas de televisión. | | | | | |
| 20. La calidad de las películas del cine. | | | | | |
| 21. La calidad de los periódicos y revistas. | | | | | |
| RELIGIÓN | | | | | |
| 22. La vida religiosa (hábitos o costumbres) que practica su familia. | | | | | |
| 23. La vida religiosa que practica su comunidad. | | | | | |
| SALUD | | | | | |
| 24. Su estado de salud. | | | | | |
| 25. La salud de otros miembros de su familia. | | | | | |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIO 2

Instrucciones

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo usted ve la vida. Después de cada afirmación, indique el grado de acuerdo o desacuerdo con un aspa (X). No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo nos interesa su opinión honesta.

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

| Oraciones | Fuertemente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutro | De acuerdo | Fuertemente de acuerdo |
|---|---------------------------|---------------|--------|------------|------------------------|
| 1. En momentos difíciles suelo esperar que pase lo mejor. | | | | | |
| 2. Me resulta fácil relajarme. | | | | | |
| 3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro(a) de que me pasará. | | | | | |
| 4. Soy optimista en cuanto al futuro. | | | | | |
| 5. Disfruto mucho de mis amistades. | | | | | |
| 6. Para mí es importante estar siempre ocupado(a). | | | | | |
| 7. Muy pocas veces espero que las cosas salgan como yo quiero. | | | | | |
| 8. No me disgusta fácilmente. | | | | | |
| 9. Casi nunca espero que me sucedan cosas buenas. | | | | | |
| 10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas. | | | | | |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN